

COPRE

AVVISO DI MODIFICA

Impresa affiliata : N. contratto :

Dati personali dell'assicurato/a

Cognome e nome : Data di nascita :

N. AVS : Sesso : ☐ M ☐ F

La modifica esposta qui di seguito è notificata riguardo alla persona assicurata

☐ Salario / grado di occupazione

Nuovo salario AVS annuo dal : CHF :

Tasso di attività :%

Osservazione: Una visita medica è necessaria quando la persona assicurata supera per la prima volta il limite di CHF 300'000.-, quindi per ogni aumento salariale superiore al 20%. (Invieremo alla persona assicurata il questionario sulla salute)

☐ Cambiamento di piano / categoria

Data del cambiamento :

Nuovo piano / categoria :

☐ Cambiamento di stato civile

Stato civile, dal : ☐ celibe/nubile ☐ sposato/a ☐ divorziato/a
☐ vincolato/a da un'unione domestica registrata ☐ unione domestica sciolta ☐ vedovo/a

☐ Obbligo di intrattenimento

Con obbligo di intrattenimento, dal :

Senza obbligo di intrattenimento, dal :

☐ Nuovo indirizzo

.....
.....
.....

☐ Altro motivo di modifica

.....

Luogo e data : Timbro, firma del datore di lavoro :