

# COPRE

## AVVISO DI MODIFICA

Impresa affiliata : ..... N. contratto : .....

### Dati personali dell'assicurato/a

Cognome e nome : ..... Data di nascita : .....  
N. AVS : ..... Cesso :  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 : .....