

COPRE

NOTIFICA DI CONVIVENZA

Impresa affiliata : N. contratto :

Dati personali dell'assicurato/a

Cognome e nome : Data di nascita :

N. AVS : Sesso : ☐ M ☐ F

Indirizzo :

Tel. privato/cellulare : Email :

Stato civile, dal : ☐ celibe/nubile ☐ divorziato/a ☐ vedovo/a

☐ unione domestica sciolta

Convivente

Cognome :

Nome :

Data di nascita :

Sesso :

Data inizio convivenza :

Allegare una fotocopia del documento d'identità

Conferma della convivenza da parte della persona assicurata

La persona assicurata conferma con la sua firma l'esistenza di una convivenza analoga al matrimonio o al partenariato registrato, e di avere preso atto degli articoli 27 a 32 del regolamento di previdenza.

Luogo e data : Firma dell'assicurato/a :