

## Notifica di passaggio

Azienda \_\_\_\_\_  
 N. contratto \_\_\_\_\_  
 Piano \_\_\_\_\_

### Passaggio in data \_\_\_\_\_

|                     |            |                 |       |
|---------------------|------------|-----------------|-------|
| Cognome             | _____      | Nome            | _____ |
| Via/n.              | _____      | NPA/luogo       | _____ |
| N. di assicurazione | 756. _____ | Data di nascita | _____ |
| Telefono            | _____      | E-mail          | _____ |

**Cambiamento di nome** \_\_\_\_\_

**Nuovo stato civile**

|  |                                   |       |
|--|-----------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> coniugato/a                                       | Data del matrimonio               | _____ |
| <input type="checkbox"/> divorziato/a                                      | <input type="checkbox"/> vedovo/a |       |
| <input type="checkbox"/> in unione registrata dal                          | _____                             |       |
| <input type="checkbox"/> in unione registrata sciolta giudizialmente       |                                   |       |
| <input type="checkbox"/> in unione registrata sciolta in seguito a decesso |                                   |       |

**Nuovo obbligo di mantenimento**     Con obbligo di mantenimento     Cessazione dell'obbligo di mantenimento

**Nuovo piano/funzione** \_\_\_\_\_

**Salario AVS annuo** \_\_\_\_\_ CHF    **Grado di occupazione**     100%     \_\_\_\_\_ %  
 (sempre calcolato sull'intero anno)

**Congedo non pagato**    Inizio \_\_\_\_\_, fine \_\_\_\_\_  
 Continuazione previ-     continuazione     interruzione nel pro-     cessazione (interruzione  
 denza:                            senza variazioni                            cesso di risparmio                            protezione dai rischi)

Assunzione dei costi:     lavoratore     datore di lavoro     secondo il piano di previdenza

**Modifica di un'incapacità al guadagno esistente/nuova** \_\_\_\_\_ %

### Note

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'assicurato (solo in caso di congedo non pagato)

Luogo e data \_\_\_\_\_ Azienda (timbro e firma)