Notifica di mutazione per dipendenti

No. di conteggio (se a conoscenza) _____

1. Dati personali

Cognome e nome _____

No. AVS _____

2. Modifiche salariali

Nuovo salario annuo AVS (salario lordo comprensivo della 13a mensilità)

CHF

Grado di occupazione (Modulo salario L2)

valido dal

3. Cambiamento del piano assicurativo

Cambiamento in nuova combinazione di piano al

nuovo criterio

Se si desiderano nuove combinazioni di piano, si prega di compilare il formulario „Modifica del contratto di affiliazione per datori di lavoro“.

4. Cambiamento d'indirizzo

Via _____

NPA, località _____

Indirizzo e-mail _____

valido dal _____

5. Cambiamento dello stato civile

Stato civile

sposata/o

divorziata/o

unione domestica reg.

unione domestica sciolta

vedova/o

Cambiamento con effetto dal _____

Nuovo nome _____

In caso di cambiamento di nome, allegare copia di un documento ufficiale.

6. Assicurazione d'interruzione (possibile solo se il contratto persiste)

Periodo dal _____ al _____

- interruzione dell'assicurazione (solo costi amministrativi)
- continuazione dell'assicurazione (solo contributi di rischio e costi amministrativi)
- continuazione dell'assicurazione come finora (contributi risparmio, rischio e costi amministrativi)

I contributi vengono riscossi presso il datore di lavoro.

7. Indicazioni sullo stato di salute

Il dipendente è completamente abile al lavoro? sì no

Nota:

Una persona è ritenuta non completamente abile al lavoro, quando all'inizio dell'assicurazione

- è costretta per motivi di salute a stare parzialmente o del tutto lontana dal lavoro, oppure
- percepisce prestazioni d'indennità giornaliera in seguito a malattia o infortunio, oppure
- è annunciata presso un'assicurazione d'invalidità statale, oppure
- percepisce una rendita a causa di un'invalidità intera o parziale, oppure
- conforme alla sua formazione o alle sue capacità non può più essere pienamente occupata per motivi di salute

Tutte le altre persone sono ritenute completamente abili al lavoro.

Se no: per quale motivo?

8. Osservazioni

9. Conferma e firma

Il sottoscritto conferma che le indicazioni qui fornite sono esatte e complete

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

**Personalvorsorgestiftung
der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG**

Direzione e previdenza

PAT BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

Tel. +41 71 556 34 00
www.pat-bvg.ch
info@pat-bvg.ch