

## Notifica di mutazione per dipendenti

No. di conteggio .....

Cognome e nome

No. AVS

.....

.....

### Modifiche salariali

Nuovo salario annuo AVS (salario lordo comprensivo della 13<sup>a</sup> mensilità) CHF .....

Grado di occupazione (Modulo salario L2) ..... valido dal .....

### 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“.

### Cambiamento d'indirizzo

Via .....

NPA, località .....

Indirizzo e-mail .....

valido dal .....

### Cambiamento dello stato civile

Stato civile  sposato  unione domestica reg.  divorziato  unione domestica sciolta  vedovo

Cambiamento con effetto dal ..... Nuovo nome .....

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

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

Periodo dal ..... al .....

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

I contributi vengono riscossi presso il datore di lavoro.

## Indicazioni sullo stato di salute

---

**Va compilato solo se il cambiamento del piano assicurativo / l'aumento del salario comporti prestazioni più elevate in caso d'invalidità o di decesso:**

Il dipendente è completamente abile al lavoro? <sup>1)</sup>  sì  no

Se no: per quale motivo? .....

Il dipendente percepisce una rendita d'invalidità?  sì  no grado d'invalidità ..... %

Il dipendente è attualmente affetto da una malattia o dalle conseguenze di una malattia o di un infortunio?  sì  no

Se sì, quale?

.....

.....

---

Osservazioni: .....

.....

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

Luogo e data

.....

Firma del dipendente

Timbro e firma del datore di lavoro

.....

.....

---

1) Una persona è ritenuta non completamente abile al lavoro, quando

- 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.