

Notifica d'uscita per indipendenti

Dati personali privati

Cognome _____ Nome _____
Via, no. _____ NAP, località _____

Indicazioni concernenti l'uscita

Desidera mantenere la qualità di socio dell'Association Romande de Médecins sì no
Conferma della piena capacità lavorativa sì no
Data di partenza _____
Via, no. _____ NAP, località _____

Utilizzazione della prestazione di libero passaggio

Versamento in contanti

Banca _____
Indirizzo bancario _____
Numero di conto _____

Trasferimento presso un istituto di previdenza

Nominativo _____
Indirizzo _____
Banca _____
Numero di conto _____

La disdetta non può aver luogo prima della decorrenza del terzo anno civile completo successivo alla data d'entrata in vigore (inizio dell'assicurazione). Il termine di disdetta è di 6 mesi per la fine di un anno.

Luogo e data

Firma del medico
