

Richiesta di modifica

N. di affiliazione: _____ Datore di lavoro / Medico indipendente: _____

Dati personali privati

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Codice postale, luogo _____

Telefono _____ E-mail _____

Gode della sua piena capacità di lavoro o guadagno alla data della modifica? sì no

Modifica salario annuo determinato

Data di modifica: _____ / _____ / _____ (solo all'inizio di un mese)

Nuovo salario annuo annunciato: CHF _____ Nuovo tasso di attività: _____ %

Modifica del piano di previdenza

Completare il modulo di scelta del piano di previdenza SMARTMED

Modifica di stato civile

Nuovo stato civile: coniugato/a unione domestica registrata divorziato/a vedovo/a

Data di modifica: _____ / _____ / _____ Data di nascita del coniuge: _____ / _____ / _____

Cognome da coniugato/a (se applicabile) _____

In caso di matrimonio, allegare una copia del certificato di matrimonio

Modifica di indirizzo

Modifica di indirizzo del/dello: domicilio privato studio medico

Indirizzo _____ Codice postale, luogo _____

Indirizzo di corrispondenza presso un terzo

Tutta la corrispondenza riguardante la previdenza professionale della Fondazione AROMED deve essere indirizzata al seguente indirizzo:

Destinatario _____ Complemento _____

Indirizzo _____ Codice postale, luogo _____

Firma

La persona sottoscritta conferma che le informazioni di cui sopra sono corrette e complete.

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro / medico indipendente

