groupemutuel
fondazione collettiva

Avviso di mutazione

Datore di lavoro

Ragione sociale: _____ N° di contratto.: _____

Persona assicurata

Cognome: _____ N° assicurazione sociale: 756. _____

Nome: _____ Data di nascita: _____

Mutazione / cambiamento

☐ Cambiamento di indirizzo:
Indirizzo: _____
CAP/Luogo: _____

☐ Cambiamento di stato civile:
Nuovo stato civile: _____
Data della modifica: _____
Nuovo cognome: _____

☐ Modifica di salario:
Data della modifica: _____
Nuovo salario AVS annualizzato: CHF _____
Nuovo tasso d'attività in %: _____

☐ Uscita provvisoria:
Sospensione del salario, dal: _____

☐ Ripresa dei rapporti di lavoro:
Nuovo periodo d'attività dal: _____
Nuovo salario AVS annualizzato: CHF _____
Nuovo tasso d'attività in %: _____

☐ Incapacità di guadagno o decesso:
Compilare l'apposito modulo:
«Avviso d'incapacità» o «Avviso di decesso»

Osservazioni

_____

_____

_____

Luogo e data:

Timbro e firma del datore di lavoro:

Fondazione Collettiva Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5 – Casella postale
CH-1919 Martigny
www.groupemutuel.ch

Contatto
Previdenza professionale
lpp@groupemutuel.ch