

Richiesta di modifica

N. di affiliazione : _____

Datore di lavoro / Medico indipendente : _____

DATI PERSONALI PRIVATI

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ / _____ / _____

No AVS 756. _____

Via, n° _____

Codice postale, località _____

La persona assicurata gode della sua piena capacità di lavoro 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 DI STATO CIVILE

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

Data di modifica _____ / _____ / _____

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

MODIFICA DI INDIRIZZO

Modifica di indirizzo del/dello domicilio privato studio medico

Via, n° _____

Codice postale, località _____



INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA PRESSO UN TERZO

Con la presente, tutta la corrispondenza riguardante la previdenza professionale della Fondazione AROMED deve essere indirizzata al seguente indirizzo :

Destinatario _____

Complemento _____

Via, n° _____

Codice postale, località. _____

MODIFICA DEL PIANO DI PREVIDENZA

Compilare il modulo di scelta del piano di previdenza SMARTMED

FIRMA

Il sottoscritto conferma l'esattezza e la completezza delle indicazioni di cui sopra.

Luogo e data

Timbro e firma/e del datore di lavoro / medico indipendente

I suoi dati personali sono trattati in conformità all'informativa sulla privacy disponibile su <https://aromed.ch/it/informativa-sulla-privacy/>. L'informativa sulla privacy descrive in particolare i suoi diritti in relazione al trattamento dei dati e le informazioni di contatto del nostro consulente della protezione dei dati.

