

[Reset](#)

Il modulo viene scansionato: si prega di compilarlo in modo leggibile e di firmarlo prima della consegna!

Notifica per il mantenimento della previdenza al livello del salario precedente

Contratto n. /

Datore di lavoro Nome e sede

Persona assicurata

Cognome Nome Numero d'assicurato

Via, NPA e località Data di nascita Sesso

☐ m ☐ fDati relativi al
mantenimento
della previdenza

La persona assicurata è completamente abile al lavoro?

☐ Sì ☐ No

Inizio del mantenimento della previdenza al Fine del mantenimento della previdenza al

Salario base effettivo CHF Salario base mantenimento della previdenza CHF Grado di occupazione

Notificante su
incarico del datore
di lavoro

Data Cognome Nome

Indirizzo e-mail

Firma della persona assicurata

Data Firma

Inviare a formsservice.bvg@axa.ch

oppure a:
AXA
Postfach 300
8401 Winterthur

[Send](#)