

## Continuazione dell'assicurazione nel piano assicurativo per anziani

Contratto Nr. U230 \_\_\_\_\_ Assicurato Nr. 756. \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo del datore di lavoro (timbro)

---

---

---

### Dati personali dell'assicurato

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Confermo che, dopo il raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria (donne 64 / uomo 65), resterò attivo professionalmente e che vorrei essere assicurato, in accordo con le disposizioni del regolamento delle Fondazioni di Previdenza SSO, nel piano assicurativo per anziani.

Luogo e data

Firma della persona assicurata

---

---

### Per conoscenza del datore di lavoro della continuazione dell'assicurazione di previdenza professionale nell'ambito del piano assicurativo per anziani e annuncio di un eventuale modifica salariale al momento del passaggio nel piano assicurativo per seniors

Salario AVS annuo \_\_\_\_\_

Valido dal \_\_\_\_\_

Grado di occupazione \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma datore di lavoro

---

---