

Cassa pensioni dei Grigioni  
Assicurazione  
Alexanderstrasse 24  
7000 Coira**Notifica di convivenza****Persona assicurata**

Numero AS

Data di nascita

Titolo

Cognome

Nome

Via/no.

CAP

Luogo

Stato civile

Da

No. telefono privato

Indirizzo e-mail privato

**Partner convivente beneficiario**

Numero AS

Data di nascita

Titolo

Cognome

Nome

Via/no.

CAP

Luogo

Stato civile

Da

No. telefono privato

Indirizzo e-mail privato

Economia domestica in comune

Firmando questo modulo la persona assicurata dichiara di aver preso conoscenza del contenuto di questo modulo e delle disposizioni regolamentari della CPGR come pure di aver compilato il modulo in modo completo e veritiero.

\_\_\_\_\_  
Luogo, data\_\_\_\_\_  
Firma della persona assicurata\_\_\_\_\_  
Firma del convivente