

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