

Conferma da parte della CP FFS

Iscrizione di assicurazione di rischio per gli assicurati della CP FFS

La Cassa pensioni FFS conferma che la persona sottoindicata è assicurata al suo interno:

Cognome

Numero AVS

Nome

Professione FFS

Data di nascita

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Categoria di rischio

Residenza in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein: Sì No

Luogo/data

Firma della persona da assicurare

Luogo/data

Firma Cassa pensioni FFS