ÖKK ASSICURAZIONE MALATTIE COLLETTIVA
Notifica del personale assicurato

Contraente

Contraente:

Polizza n.: Data della notifica:

Mutazioni nel personale

Cognome	Nome	Paese di provenienza	Statuto di soggiorno	Data di nascita	Sesso	Data d'ingresso	Data di uscita
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		
					☐ m ☐ f		

La preghiamo di spedire il modulo alla sua agenzia ÖKK.

ÖKK5038i/10.17