

PREVIDENZA PROFESSIONALE

Notifica di congedo non retribuito

Impresa

N. contratto

PERSONA ASSICURATA

Cognome

Nome

Via, n.

NPA, località

Data di nascita

N. AVS

INFORMAZIONI IMPORTANTI

- In caso di congedo non retribuito di durata fino a un mese l'assicurazione continua senza variazioni. In questo caso non è necessaria alcuna notifica.
- In caso di congedo non retribuito di durata superiore a un mese, l'assicurazione viene sospesa automaticamente. Durante la sospensione non vengono prelevati contributi e non c'è copertura assicurativa.
- Se la persona assicurata desidera il mantenimento dell'assicurazione durante un congedo non retribuito di oltre un mese, deve informare la Fondazione con il presente modulo prima dell'inizio del congedo stesso.
- In caso di mantenimento dell'assicurazione, i contributi sono integralmente a carico della persona assicurata sebbene debitore dei contributi nei confronti della Fondazione rimanga il datore di lavoro.
- Il mantenimento dell'assicurazione durante il congedo non retribuito è limitato temporalmente a un anno, allo scadere del quale l'assicurazione viene sospesa e non c'è più copertura.

DURATA

Inizio

Termine

LA PERSONA ASSICURATA DESIDERA IL MANTENIMENTO DELL'ASSICURAZIONE IN LUOGO DELLA SOSPENSIONE:

con prestazioni assicurate invariate (risparmio e rischio)

Per la durata del congedo non retribuito (al massimo un anno) la copertura prosegue invariata. I contributi di rischio, risparmio e spese continuano a essere prelevati.

con prestazioni assicurate invariate solo per i rischi di decesso e invalidità (solo rischio)

Per la durata del congedo non retribuito (al massimo un anno) la copertura prosegue invariata esclusivamente in termini di prestazioni assicurate per i rischi di decesso e invalidità. Il processo di risparmio viene interrotto. Vengono prelevati solo i contributi di rischio e per i costi.

Nessuna copertura desiderata per il periodo in oggetto.

Nota importante: la variante selezionata viene applicata a tutte le assicurazioni della per la previdenza professionale della persona assicurata presso Allianz Suisse.

Apponendo la propria firma, i firmatari confermano di aver letto e compreso le importanti informazioni sul congedo non retribuito e che i propri dati sono completi e veritieri.

(Luogo e data)

(Firma della persona assicurata)

(Luogo e data)

(Timbro/firma del datore di lavoro)