



# Notifica congedo non pagato

Contratto n. /

Datore di lavoro Nome e sede

Persona assicurata

Cognome

Nome

Numero di assicurato

Data di nascita

Sesso

m  f

Piena capacità lavorativa

La persona assicurata è completamente abile al lavoro dal punto di vista della salute?  Sì  No (congedo non pagato non possibile)

Inizio/Fine

**Inizio**

**Fine**

Più di 1 mese max 24 mesi  
(primo giorno del congedo non pagato)

(ultimo giorno del congedo non pagato)

Variante 1

**Prosecuzione invariata della previdenza**

con ripartizione dei contributi attuale

con nuova ripartizione dei contributi

% dipendente

% datore di lavoro

Variante 2

**Prosecuzione della copertura del rischio (senza contributi di risparmio)**

con ripartizione dei contributi attuale

con nuova ripartizione dei contributi

% dipendente

% datore di lavoro

Variante 3

**Interruzione della copertura del rischio (senza contributi di risparmio)**

con ripartizione invariata del contributo per il fondo di garanzia LPP

con nuova ripartizione dei contributi

% dipendente

% datore di lavoro

Salario annuo e grado di occupazione

**Salario annuo a fine congedo non pagato**

invariato come prima del congedo non pagato

**Grado di occupazione a fine congedo non pagato**

invariato come prima del congedo non pagato

Nuovo grado di occupazione

Nuovo salario annuo CHF

Valido dal

Altro

Notificante su incarico del datore di lavoro

Data

Cognome

Nome

Indirizzo e-mail

Inviare a

formsservice.bvg@axa.ch

oppure a:

AXA

Postfach 300

8401 Winterthur