



Notifica d'uscita per interruzione temporanea del lavoro

Contratto n. /

di lavoratori stagionali

Interruzione della stagione

Quando la persona assicurata interrompe l'attività lavorativa e con ogni probabilità rinnoverà il contratto di lavoro nel corso dei sei mesi successivi, l'uscita ci deve essere comunicata tramite **questo formulario**.

Nota in caso di uscita definitiva

I nominativi delle persone il cui rapporto di lavoro è terminato definitivamente,
- perché non otterranno un nuovo contratto nei prossimi sei mesi,
- perché contrariamente a quanto stabilito non hanno iniziato il lavoro dopo l'interruzione,
- perché il loro contratto di lavoro è stato sciolto per altri motivi,
- perché sono assicurate presso un'altra istituzione di previdenza,
devono essere notificati come uscite definitive tramite il formulario «Notifica d'uscita».

Datore di lavoro Nome e sede*

1 Numero d'assicurato*	2		3			4		5 Dati complementari, se necessari
	Cognome*	Nome*	Uscita il*			Totalmente abile al lavoro*		
	Data di nascita*	Sesso*	Giorno	Mese	Anno	Si	No	
	C.	N.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.	S. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	C.	N.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.	S. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	C.	N.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.	S. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	C.	N.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.	S. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	C.	N.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.	S. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*campi obbligatori

Osservazioni

Capacità lavorativa Abbiamo contrassegnato con un «No» nella colonna 4 le persone non totalmente abili al lavoro al momento dell'uscita.

Confermiamo che le persone contrassegnate con un «Si» sono totalmente abili al lavoro.

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