

Modulo di notifica - congedo non pagato

1. Dati personali

Nome

Cognome

Data di nascita

2. Durata del congedo non pagato (minimo 1 mese / massimo 12)

Inizio

Fine

3. Scelgo la seguente opzione per la copertura assicurativa nella cassa pensioni (apporre crocetta)

Copertura assicurativa con tutte le prestazioni (invalidità, decesso, risparmio di avere di vecchiaia)

Copertura assicurativa solo per invalidità e decesso

Nessuna copertura assicurativa (nessuna proroga dell'assicurazione)

Accetto di finanziare autonomamente i premi insorti durante il congedo non pagato secondo le disposizioni regolamentari.

Luogo, data

Firma della persona assicurata

Nota: durante il congedo non pagato di solito è sospesa anche l'assicurazione contro gli infortuni del vostro datore di lavoro. In questo caso dovrete stipulare un'assicurazione privata contro gli infortuni per il periodo del congedo non pagato. Per una durata massima di sei mesi, questo può essere fatto presso l'assicuratore infortuni del proprio datore di lavoro tramite la cosiddetta assicurazione mediante convenzione. Se il congedo non pagato dura più di sei mesi, potete rivolgervi ad esempio alla vostra cassa malati.

Conferma del datore di lavoro

Confermiamo la correttezza dei dati di cui sopra e accettiamo di bonificare i premi insorti, addebitandoli al dipendente secondo le disposizioni regolamentari.

Luogo, data

Timbro/Firma
