



Notifica della fine dell'interruzione temporanea del lavoro

Contratto n. /

di lavoratori stagionali (ripresa del lavoro)

Fine dell'interruzione temporanea del lavoro

Alla fine dell'interruzione temporanea del lavoro vi preghiamo di comunicarci tramite questo formulario i nominativi di tutte

le persone per le quali ci avete notificato l'interruzione e che hanno ripreso il lavoro.

Datore di lavoro Nome e sede*

1 Numero d'assicurato*	2 Cognome*		Nome*		3 Salario annuo CHF*	4 Rientro il*			5 Totalmente abile al lavoro dal punto di vista della salute*		6 Dati comple- mentari, se necessari
	Data di nascita*		Sesso*			Giorno	Mese	Anno	Sì	No	
	C.I.	N.I.	S.I.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.I.	S.I.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	C.I.	N.I.	S.I.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.I.	S.I.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	C.I.	N.I.	S.I.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.I.	S.I.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	C.I.	N.I.	S.I.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.I.	S.I.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	C.I.	N.I.	S.I.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.I.	S.I.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*campo obbligatorio

Osservazioni

Copertura assicurativa

Abbiamo preso atto che la validità della copertura assicurativa è subordinata alla veridicità delle precedenti indicazioni e che, nell'ambito delle disposizioni legali, AXA può recedere dall'assicurazione se i dati indicati non sono esatti. Per ulteriori disposizioni concernenti la copertura assicurativa vedi [Spiegazioni allegate alla notifica](#).

Capacità lavorativa

Per le persone indicate nella colonna 5 come non totalmente abili al lavoro per motivi di salute inoltriamo il formulario «Complemento alla notifica» (per la descrizione della capacità lavorativa vedi [Spiegazioni allegate alla notifica](#)).

Confermiamo che le persone indicate con un «sì» sono totalmente abili al lavoro dal punto di vista della salute.

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

Spiegazioni allegate alla notifica

Capacità lavorativa

Non sono considerate totalmente abili al lavoro dal punto di vista della salute le persone che, al giorno d'inizio dell'assicurazione,

- devono assentarsi dal lavoro per motivi imputabili totalmente o parzialmente allo stato di salute,
- percepiscono un'indennità giornaliera per malattia o infortunio,
- sono state notificate a un'assicurazione per l'invalidità,
- ricevono una rendita a causa della loro parziale o totale invalidità,
- non possono esercitare, per motivi di salute, un'attività lucrativa conforme alla loro formazione e alle loro capacità professionali.

Tutte le altre persone sono considerate totalmente abili al lavoro.

Formulario

«Complemento alla notifica»

Per tutte le persone che, in base alle disposizioni soprastanti, non sono totalmente abili al lavoro, deve essere compilato il formulario «Complemento alla notifica».

Il «Complemento alla notifica» deve essere presentato anche per tutti coloro per i quali vengono assicurate inizialmente o successivamente delle prestazioni superiori a determinati limiti. I nominativi delle persone soggette a questa disposizione vengono comunicati da noi.

Inoltre, in certi casi possono essere chieste informazioni a un medico o può essere ordinata una visita medica. I costi derivanti dai rispettivi onorari medici sono a nostro carico.

Se la persona assicurata rifiuta di sottoporsi all'esame dello stato di salute, la copertura dei rischi d'invalidità e di decesso viene ridotta alle prestazioni minime previste dalla legge.

Copertura assicurativa

La copertura assicurativa viene concessa a titolo **definitivo e senza riserve** a quelle persone per le quali non deve essere presentato il «Complemento alla notifica».

Per le altre persone la copertura assicurativa viene concessa a titolo **definitivo e senza riserve** per

- le prestazioni minime ai sensi della LPP (se assicurate),
- le prestazioni acquisite con una prestazione di libero passaggio trasferita, a condizione che queste prestazioni siano state assicurate senza riserve presso la precedente istituzione di previdenza.

Per le altre prestazioni la copertura è dapprima **provvisoria**. Successivamente viene comunicato per iscritto se la copertura previdenziale può essere concessa a condizioni normali, con una clausola di riserva (limitazione) oppure se deve essere esclusa del tutto.

Insieme dei rapporti di previdenza

Se l'assicurato è affiliato a più istituti di previdenza e la somma di tutti i suoi salari e redditi soggetti all'AVS supera di 10 volte l'importo limite superiore LPP, egli è tenuto ad informare ciascun istituto di previdenza a cui è affiliato sul totale dei suoi rapporti di previdenza.