

Richiesta di interruzione dei contributi

N. di affiliazione: _____ Datore di lavoro / Medico indipendente: _____

Dati personali privati

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Codice postale, luogo _____

Stato civile ☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ unione domestica registrata ☐ divorziato/a ☐ vedovo/a

Telefono _____ E-mail _____

Interruzione dei contributi

In caso di congedo non retribuito, di formazione o di diminuzione dell'attività lucrativa al punto che non sono più soddisfatte le condizioni di assoggettamento al piano di previdenza, l'assicurato può mantenere o interrompere i suoi contributi risparmio per un periodo massimo di due anni.

Inizio del periodo di interruzione: _____ / _____ / _____ (solo all'inizio di un mese)

Fine del periodo di interruzione: _____ / _____ / _____ (solo alla fine di un mese)

☐ Mantenimento delle prestazioni complete. I contributi rischio, spese e risparmio sono mantenuti al 100% a carico del dipendente (scelta destinata solo ai dipendenti o ai lavoratori indipendenti con assicurazione esterna)

☐ Mantenimento delle prestazioni di invalidità e decesso. I contributi rischio e spese sono mantenuti

Gode della sua piena capacità di lavoro? ☐ sì ☐ no

In caso contrario, l'incapacità di lavoro è iniziata il: _____ / _____ / _____

Firma/e

Le persone sottoscritte confermano che le informazioni di cui sopra sono corrette e complete.

Luogo e data

Firma dell'assicurato

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro (se dipendente)

