

Richiesta di interruzione dei contributi

N. di affiliazione : _____

Datore di lavoro / Medico indipendente: _____

DATI PERSONALI PRIVATI

Cognome _____

Nome _____

Via, n° _____

Codice postale, località _____

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

Telefono _____

E-mail _____

Godere della sua piena capacità di lavoro?

sì no

Se no, l'incapacità di lavoro è iniziata il :

_____ / _____ / _____

INTERRUZIONE DEI CONTRIBUTI

In caso di sospensione (in particolare in caso di congedo sabbatico) o riduzione dell'**attività lucrativa autonoma**, al punto che non sono più soddisfatte le condizioni di affiliazione, l'assicurato può mantenere la pensione o la sola pensione per i rischi di invalidità e decesso, come persona assicurata esterna, sulla base dell'ultimo stipendio assicurato e dello stesso piano di previdenza per **un periodo massimo di due anni**, al massimo fino all'età di pensionamento anticipato o fino all'affiliazione con un altro istituto di previdenza. Lo stesso vale in caso di ferie non retribuite o di riduzione temporanea dell'attività del **dipendente assicurato** al punto che non sono più soddisfatte le condizioni di affiliazione.

Inizio del periodo di interruzione (*solo all'inizio di un mese*)

_____ / _____ / _____

Fine del periodo di interruzione (*solo alla fine di un mese*)

_____ / _____ / _____

Selezionare la casella corrispondente alla propria scelta:

- Interruzione dei contributi di risparmio con mantenimento delle sole prestazioni di invalidità e decesso.
I contributi rischio e spese sono mantenuti.
- Nessuna interruzione dei contributi e mantenimento completo delle prestazioni. I contributi risparmio, rischio e spese sono mantenuti al 100% a carico del dipendente.



FIRMA/E

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

Luogo e data

Firma della persona assicurata

Luogo e data

Timbro e firma/e del datore di lavoro *(se dipendente)*

I suoi dati personali sono trattati in conformità all'informativa sulla privacy disponibile su <https://aromed.ch/it/informativa-sulla-privacy/>. L'informativa sulla privacy descrive in particolare i suoi diritti in relazione al trattamento dei dati e le informazioni di contatto del nostro consulente della protezione dei dati.



**AROMED la Fondazione di
previdenza professionale**

Route des Avouillons 30
CH-1196 Gland

T. +41 (0)22 365 66 67
F. +41 (0)22 361 50 25

info@aromed.ch
www.aromed.ch