

Promemoria 2019 per i collaboratori di Tps

Valido fino al 31 dicembre 2019



Principio

Tps si impegna affinché non solo i clienti, ma pure i suoi collaboratori possano ricevere un servizio ottimale. Ciò premesso, al riguardo ci serve anche il tuo aiuto!

Salario

Rapporti di lavoro

sono da consegnare TUTTE le settimane! In ogni caso, l'ultimo giorno lavorativo del mese devi assolutamente farli pervenire presso i nostri uffici a mezzo posta (buste affrancate sono a disposizione) o tramite mail a amministrazione@tps-sa.ch.

Attività lavorative differenti da quanto indicato sul contratto di missione sono da segnalare immediatamente.

Importante i rapporti di lavoro devono contenere:

- ore, lavoro al di fuori della fascia normale di lavoro (lunedì - venerdì; 0700 - 1200; 1300 - 1700) e, se del caso, il lavoro di sabato e domenica,
- luogo di lavoro in caso contrario non sarà riconosciuta l'indennità come pasti fuori sede, trasferite, ecc...

Versamento del salario

devi consegnare i rapporti firmati dal cliente settimanalmente, al più tardi l'ultimo giorno considerato*.

Il versamento è eseguito (se ci sono tutte le ore) al più tardi come da tabella seguente, ricordiamo che il giorno di valuta dipende dall'elaborazione bancaria e da eventuali giorni festivi. Ore non presentate in tempo utile potranno essere saldate solo il mese successivo.

Elaborazione salari

Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno
<i>Ultimo giorno considerato*</i>					
03.02	03.03	31.03	28.04	02.06	30.06
<i>Termine per consegnare l'ultima settimana lavorativa</i>					
05.02	05.03	02.04	30.04	04.06	02.07
<i>Giorno di pagamento del salario</i>					
07.02	07.03	04.04	03.05	06.06	04.07

Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
<i>Ultimo giorno considerato*</i>					
28.07	01.09	29.09	03.11	01.12	29.12
<i>Termine per consegnare l'ultima settimana lavorativa</i>					
30.07	03.09	01.10	05.11	03.12	31.12
<i>Giorno di pagamento del salario</i>					
05.08	05.09	03.10	07.11	05.12	02.01

Acconti

sono versati unicamente alla consegna del rapporto firmato. Il pagamento (spese Fr. 3.- e Fr. 5.- per conti all'estero) avviene esclusivamente a mezzo banca, una volta alla settimana (il mercoledì). L'elaborazione bancaria viene eseguita il primo giorno lavorativo successivo, possono tuttavia essere necessari più giorni lavorativi prima che l'importo corrispondente sia accreditato sul tuo conto. Onde rendere più veloce l'accredito, Tps consiglia l'apertura di un conto presso Ubs Switzerland A.G. Al riguardo, trovi i moduli necessari presso il nostro segretariato.

Vacanze

il tuo diritto alle vacanze viene registrato ogni mese sul conto **"totale avere vacanze"**. Quando desideri partire in ferie avrai diritto all'indennità accumulata. Annuncia al tuo consulente i periodi d'assenza per ferie, anche quando desideri il pagamento di singole giornate di congedo.

Consiglio di fondazione

Organo supremo della Fondazione, responsabile del suo funzionamento generale. Questo Consiglio è costituito da un numero uguale di rappresentanti delle Società affiliate e di rappresentanti degli assicurati. Nel 2018 è costituito da 6 persone.

Società gerente

Azienda di servizi (Aon Suisse SA) che amministra e gestisce la Fondazione, soggetta all'autorità e al controllo del Consiglio di fondazione.

swisstaffing c/o Aon Suisse SA

Avenue Edouard-Dubois 20 tel. 058 266 28 02
Neuchâtel Fax. 058 266 56 03

LPP / LFLP

LPP: Legge federale sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità, che disciplina la Fondazione.

LFLP: Legge federale sul libero passaggio.

Conto di risparmio / avere di vecchiaia

Conto dell'assicurato destinato a finanziare le prestazioni di vecchiaia, gestito dalla Fondazione. È costituito dalla quota di risparmio dei contributi versati, dagli apporti di libero passaggio (o apporti personali), dalle eventuali attribuzioni della Fondazione e dagli interessi accreditati annualmente. Su richiesta, la società gerente rilascia un estratto conto annuo.

È assicurato
presso la
fondazione

ogni collaboratrice temporanea e ogni collaboratore temporaneo che:

- ha già compiuto 17 anni e
- non ha ancora raggiunto l'età di pensionamento ai sensi dell'AVS;
- beneficia di un salario orario superiore a CHF 9.65;
- non è invalido oltre il 70 % ai sensi dell'Al.

L'inizio dell'as-
sicurazione

L'affiliazione ha luogo a partire dal 1° giorno di lavoro

- se il contratto è stipulato per un periodo indeterminato;
 - se la durata d'impiego supera 13 settimane;
 - se il salariato lo richiede
 - se il salariato è soggetto all'obbligo di mantenimento di figli.
- e a partire dal giorno in cui
- la missione, sebbene fosse prevista per un periodo inferiori, è prolungata oltre la 13a settimana nel corso delle 52 settimane che seguono la fine della missione precedente (conformemente al CCL per il settore del prestito di personale);
 - è accettato il prolungamento di una missione presso la stessa società di lavoro temporaneo, sempre che il totale del prolungamento e della missione iniziale superi 13 settimane.
- L'infortunio, la malattia, il servizio militare/civile o la maternità non comportano la fine dell'assicurazione.

Obblighi del
l'assicurato
dell'affiliazione

L'assicurato che è affiliato alla Fondazione **deve**

- informare la società gerente, mediante l'avviso d'uscita ricevuto dal suo precedente al momento istituto di previdenza, in merito all'importo della sua prestazione di libero passaggio calcolata per il giorno dell'uscita, del matrimonio, del 50° compleanno, e della parte LPP, inoltre
- chiedere al suo precedente istituto di previdenza di versare la prestazione di libero passaggio sul conto bancario della Fondazione 2° pilastro swisstaffing presso Ubs SA di Neuchâtel.

IBAN CH86 0029 0290 5461 3949 H

oppure

CCP 80-2-2, conto n° 290/ 290-546139.49H

menzionando il suo **cognome, nome, n° AVS e il nome della società di lavoro temporaneo presso la quale lavora.**

Salario mensile assicurato

Il salario assicurato presso la Fondazione corrisponde agli elementi della remunerazione, alle compensazioni di salario e alle indennità elencati alla cifra 5 dell'allegato al regolamento, dedotto l'importo di coordinamento LPP.

Anche gli elementi della remunerazione che non fanno parte del salario assicurato sono menzionati alla cifra 5 dell'allegato al regolamento. Si tratta in particolare delle gratifiche e di altri premi occasionali (non garantiti, ossia che non fanno parte del salario) e dei premi per gruppo o per ore di straordinario.

Il salario mensile assicurato che la Società affiliata comunica alla Fondazione si basa sul salario orario.

Esempio di calcolo del salario assicurato

salario soggetto all'AVS nel periodo di calcolo, senza gli elementi occasionale	Fr. 5'400.-
diviso per il numero delle ore del relativo periodo	160
= salario orario	Fr. 33.75
salario orario soggetto a contributi AVS, max. Fr. 39.00 (un piano di previdenza specifico può derogare a questo importo massimo del salario)	Fr. 33.75
deduzione dell'importo di coordinamento	Fr. 11.40
Salario orario assicurato (minimo Fr. 1.65)	Fr. 22.35
moltiplicato per il numero delle ore di lavoro effettive nel corso del mese	160
Salario mensile assicurato	Fr. 3'576.-

I valori dei salari "massimo", "minimo" e "importo di coordinamento" sono fissati annualmente.

Contributi

Ogni assicurato deve pagare un contributo in base al suo salario mensile assicurato, in funzione della sua età e secondo i tassi seguenti:

Contributo dell'assicurato

Età*	Risparmio	Rischio e spese	Totale
18 a 24 anni	0.00%	1.00%	1.00%
25 a 34 anni	3.5%	1.00%	4.50%
35 a 44 anni	5.0%	1.00%	6.00%
45 a 54 anni	7.5%	1.00%	8.50%
55 al pensionamento	9.0%	1.00%	10.5%

*Età: anno civile meno anno di nascita

Il **contributo della Società affiliata** è pari a quello dell'assicurato (tassi identici a quelli della tabella qui sopra)

Contributo in caso di incapacità di lavoro a causa di malattia, infortunio, servizio militare/civile o congedo maternità

Durante i periodi di assenza sopraindicati, il salariato percepisce delle indennità per perdita di guadagno.

Durante il periodo in cui la Società ha l'obbligo legale di versare il salario [articoli 324a CO (scala bernese) e 329f CO (congedo maternità)] o se le indennità sono soggette all'AVS, il datore di lavoro e l'assicurato devono continuare a pagare i contributi.

Terminato il periodo l'obbligo legale del datore di lavoro di versare il salario, i contributi non sono più dovuti, ma l'assicurato rimane affiliato alla Fondazione fino al momento dell'uscita (fine del contratto).

Se la malattia o l'infortunio portano all'invalidità, riconosciuta dall'AI, l'assicurato e il datore di lavoro sono esentati dal pagamento dei contributi durante i 9 mesi che precedono la data di riconoscimento dell'invalidità da parte dell'AI. Durante questo periodo, è la Fondazione che li prende a suo carico, alimentando in particolare il conto di risparmio come se i contributi fossero pagati.

Fine dell'assicuratore

L'assicurazione ha fine il giorno in cui termina il rapporto di lavoro e si estende per il mese successivo, sempre che l'assicurato non inizi un nuovo impiego presso un nuovo datore di lavoro.

Prestazione di libero passaggio (uscita)

L'uscita dalla Fondazione dà diritto a una **prestazione di libero passaggio (PLP)**, sempreche l'assicurato abbia versato contributi e abbia già compiuto 25 anni. La PLP è trasferita al nuovo istituto di previdenza, secondo le informazioni fornite dall'assicurato. In casi particolari, menzionati nel questionario, la PLP può essere pagata in contanti.

L'importo della PLP è pari al totale del conto di risparmio costituito al giorno d'uscita. Le prestazioni minime previste dalla LPP e dalla LFLP sono garantite.

Un avviso d'uscita è consegnato all'assicurato che lascia la Fondazione entro 3 mesi. Esso contiene i dettagli dell'importo della sua prestazione di libero passaggio, le informazioni legali da trasmettere al nuovo istituto di previdenza e un questionario relativo al versamento. **Questo questionario va obbligatoriamente compilato e rinviato alla società gerente.**

Prestazioni in caso d'invalidità e di decesso

Quando tutte le condizioni per la corresponsione sono adempite, la Fondazione può versare le seguenti prestazioni previste dal regolamento:

in caso d'invalidità:

- una rendita d'invalidità calcolata in base all'aver di vecchiaia e all'aliquota di conversione
- delle rendite per figli d'invalido
- l'esenzione dal pagamento dei contributi

in caso di decesso:

- una rendita al coniuge o una liquidazione unica
- delle rendite per orfani
- una rendita ai coniugi divorziati
- un capitale al decesso per gli assicurati non sposati

Si raccomanda vivamente agli assicurati di designare nominatamente i beneficiari conformemente al regolamento.

Comportamento in caso di sinistro

L'assicurato o gli aventi diritto notificano il caso assicurato alla Società affiliata, la quale riunirà le informazioni necessarie per la pratica e si assumerà l'incarico di contattare la società gerente. L'assicurato o gli aventi diritto hanno l'obbligo (e ne sono responsabili) di fornire tutte le indicazioni necessarie a sbrigare la pratica.

Prestazioni di vecchiaia

All'età di pensionamento secondo l'AVS sono corrisposte le prestazioni seguenti:

- una rendita di vecchiaia oppure
- un capitale di vecchiaia, sempre che l'assicurato inoltri la relativa domanda scritta presso la società gerente; per le persone sposate è necessaria anche la firma del coniuge al fine di ottenere il versamento in capitale;
- delle rendite per figli di pensionato

Il pensionamento anticipato è ammesso a partire dall'età di 60/59 anni; il pensionamento può essere differito fino all'età di 70 anni, a condizione che la Società acconsenta.

Promozione della proprietà d'abitazione

Nell'ambito della promozione della proprietà d'abitazioni, l'assicurato può chiedere un prelievo anticipato di una parte o del totale del suo conto di risparmio individuale.

Tuttavia, secondo la LPP l'importo minimo del prelievo anticipato è fissato a Fr. 20'000.-. In caso di prelievo, le prestazioni della Fondazione sono ridotte e l'assicurato deve analizzare se desidera stipulare un'assicurazione complementare a titolo privato presso una compagnia d'assicurazioni.

L'assicurato ha inoltre la possibilità di costituire in pegno una parte della sua previdenza.

La società gerente è a disposizione per ulteriori informazioni.

In caso di divergenze fra il presente riassunto e il regolamento (originale disponibile su richiesta scritta amministrazione@tps-sa.ch), quest'ultimo fa fede.

Trascrizione a cura di Tps SA, fa stato il testo originale.

Promemoria per i dipendenti riguardante l'assicurazione collettiva

Helsana

d'indennità giornaliera di malattia secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA)

Il suo datore di lavoro ha stipulato presso Helsana Assicurazioni integrative SA (qui di seguito denominata Helsana) un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera di malattia e ha dunque assicurato i propri dipendenti contro le conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa dovuta a malattia.

Qui di seguito sono riportate le informazioni sulla sua copertura assicurativa, qualora lei soddisfi le seguenti condizioni (con riserva di condizioni particolari d'assicurazione):

- tra lei e il suo datore di lavoro sussiste un rapporto di lavoro con una durata convenuta superiore ai 3 mesi e lei lavora regolarmente per almeno 8 ore settimanali;
- lei è assoggettata all'AVS o lo sarebbe se avesse l'età, oppure al raggiungimento dell'età AVS era completamente abile al lavoro ed è tuttora attivo nell'azienda assicurata;
- non ha ancora raggiunto il 70° anno di età;
- fa parte del gruppo di persone elencate nella scheda relativa alla polizza assicurativa.

Basi

Aspetti giuridici dell'indennità di malattia

La stipulazione di un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera di malattia da parte del suo datore di lavoro è del tutto facoltativa. Il datore di lavoro è tenuto a continuare a pagare il salario per un determinato periodo; tuttavia la durata e l'ammontare esatti del versamento dipendono dalle disposizioni contrattuali o dal numero di anni di servizio.

Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo. Per soggiorni al di fuori del territorio svizzero in Stati non appartenenti all'Unione europea (UE) o all'Associazione europea di libero scambio (EFTA/AELS), le prestazioni vengono accordate soltanto se una degenza ospedaliera è necessaria dal profilo medico e soltanto finché non sia possibile il rientro in Svizzera.

Prestazioni assicurative

Incapacità lavorativa

Vi è incapacità lavorativa quando, in seguito a una malattia, non è più parzialmente o totalmente in grado di svolgere la sua professione o un'altra attività lucrativa ragionevolmente esigibile.

Premesse riguardanti le prestazioni

In caso d'incapacità lavorativa dimostrata dal medico pari almeno al 25%, l'indennità giornaliera viene corrisposta in proporzione al grado dell'incapacità lavorativa stessa. Se si reca all'estero per una cura balneare o di convalescenza oppure per trattamenti, cure o parto, le prestazioni vengono corrisposte unicamente previo consenso di Helsana. Se durante l'incapacità lavorativa lascia temporaneamente la Svizzera (ad es. per vacanze), la sua copertura assicurativa viene mantenuta unicamente previo consenso di Helsana.

Maternità e indennità di parto

La maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre. Il giorno del parto inizia il diritto alle prestazioni d'indennità di parto nell'ambito della Legge sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG).

Sulla scheda è indicato se e in quale misura il suo datore di lavoro accorda prestazioni per maternità supplementari. In caso affermativo il diritto a prestazioni comincia con il pagamento delle prestazioni di maternità secondo la LIPG.

Le prestazioni si compongono come segue:

- a) Prestazioni per maternità secondo la LIPG: 80% del salario, ma al massimo Fr. 196.– al giorno per 14 settimane.
- b) Eventuali ulteriori prestazioni da questo contratto.

Periodi d'attesa

Il suo datore di lavoro può stabilire un periodo d'attesa. Tale periodo d'attesa ritarda l'inizio delle prestazioni. Durante il periodo d'attesa ha diritto alla continuazione del pagamento del salario nell'ambito delle disposizioni legali o del contratto di lavoro.

Il periodo d'attesa stabilito dal suo datore di lavoro è riportato sulla scheda.

Durata delle prestazioni

Anche la durata delle prestazioni convenuta è riportata sulla scheda¹. I giorni d'incapacità al lavoro parziale contano come giorni interi.

Per le persone assicurate che all'inizio del caso di sinistro percepiscono una rendita di vecchiaia dell'AVS, la durata delle prestazioni è complessivamente di 180 giorni civili.

L'obbligo a prestazioni termina alla cessazione del rapporto di lavoro a tempo determinato, con il raggiungimento dell'età AVS, in caso di interruzione del rapporto di lavoro durante il periodo di prova o in caso di decesso.

(1) In deroga parziale al par. 17.1 CGA, la durata delle prestazioni indicata nella polizza s'intende per uno o più casi entro il lasso di tempo definito. In parziale deroga al par. 8.4 e a complemento del par. 17.1 CGA, la durata delle prestazioni contrattuali dipende dalla durata dell'impiego al servizio dell'impresa prestante per le incapacità lavorative a seguito di una ricaduta o di un riapparire di una malattia anteriore per la quale l'assicurato è stato in trattamento medico prima dell'entrata nella cerchia delle persone assicurate.

Nel caso di una durata dell'impiego fino a 6 mesi, la durata massima delle prestazioni ammonta a 4 settimane, fino a 9 mesi ammonta a 6 settimane, fino a 12 mesi ammonta a 2 mesi e fino a 5 anni ammonta a 4 mesi. Le prestazioni menzionate sono valide se, al primo manifestarsi della malattia, l'assicurato non era assicurato nell'ambito di un'assicurazione d'indennità giornaliera di malattia presso un assicuratore in Svizzera. La limitazione della durata delle prestazioni riguarda anche possibili ricadute della malattia, per la quale al primo manifestarsi vigeva la durata limitata delle prestazioni (tenendo conto delle prestazioni già erogate). Se per una malattia un assicurato ha percepito prestazioni da un'assicurazione d'indennità giornaliera di malattia presso un assicurato in Svizzera – senza restrizione della limitazione delle prestazioni di cui al punto 1 – e se tale malattia porta a una ricaduta, l'assicuratore della soluzione settoriale IGM (tenendo conto delle prestazioni già erogate) versa indennità giornaliera per la durata delle prestazioni non ancora utilizzata del caso originario. La durata delle prestazioni per i casi inerenti al precedente paragrafo è al massimo (per il primo caso e ricaduta) di 720/730 giorni con deduzione del tempo d'attesa per gli assicurati del gruppo di persone 1 e di 60 giorni nel periodo di 360 giorni con deduzione del tempo d'attesa per il gruppo di persone 2.

Calcolo dell'indennità giornaliera

Per calcolare il suo diritto all'indennità giornaliera deve moltiplicare il suo salario AVS annuo per la percentuale delle prestazioni assicurate (vedi scheda) e dividere l'importo per 365 o 366 nel caso degli anni bisestili.

Procedimento in caso di malattia

La invitiamo a notificare i casi di malattia direttamente al suo datore di lavoro. Al più tardi dopo 3 giorni d'incapacità lavorativa, lei deve presentare un certificato medico. Qualora tali termini non fossero rispettati, l'inizio delle prestazioni può subire dei ritardi.

Pagamento delle prestazioni

Salvo differenti disposizioni contrattuali, l'indennità giornaliera viene pagata direttamente al datore di lavoro. Egli è tenuto a versarle le prestazioni. Le prestazioni vengono corrisposte al più tardi 4 settimana- ne dopo l'accertamento dell'obbligo a prestazioni.

Finanziamento

Premi

In linea di massima, i premi sono versati dal datore di lavoro. Egli ha la possibilità di richiedere ai dipendenti il pagamento di una parte dei premi, di norma il 50%. Ciò è disciplinato nel contratto di lavoro o nei regolamenti interni.

Mora del pagamento

Se il datore di lavoro non ottempera ai suoi obblighi di pagamento dei premi, egli verrà esortato a pagare l'importo entro 14 giorni dall'invio del sollecito e avvisato per iscritto in merito alle conseguenze della mora nel pagamento. Se il sollecito resta senza effetto, l'obbligo di prestazione viene sospeso a partire dal termine indicato nel sollecito. Se Helsana non procede per via legale all'incasso dei premi scaduti, comprese le spese accessorie, entro due mesi dalla scadenza del termine di sollecito, il contratto e la copertura assicurativa sono da considerare estinti.

Fine della
copertura
assicurativa

Fine della copertura assicurativa

La sua copertura assicurativa si estingue nelle seguenti situazioni:

- il suo datore di lavoro disdice il contratto assicurativo;
- in caso di scioglimento del rapporto di lavoro dovuto a disdetta o cessazione dell'attività in Svizzera;
- se una volta raggiunta l'età AVS è completamente abile al lavoro e continua a lavorare presso il suo datore di lavoro, è assicurato fino al compimento del 70° anno di età, altrimenti fino al raggiungimento dell'età AVS;
- non appena la continuazione della copertura assicurativa è garantita da un altro assicuratore in base ad un accordo di libero passaggio.

Passaggio all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera

Se il suo contratto di lavoro viene sciolto, può passare entro 3 mesi all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera di Helsana. Il passaggio ha luogo senza esame dello stato di salute. Il datore di lavoro è tenuto a comunicare per iscritto il diritto di passaggio.

Il diritto di passaggio viene meno nei seguenti casi:

- se non percepisce alcun reddito e non ha alcun diritto all'indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione;
- se abita all'estero (restano salve le disposizioni secondo l'accordo sulla libera circolazione delle persone);
- ha raggiunto l'età AVS;
- il suo rapporto di lavoro era a tempo determinato;
- il suo rapporto di lavoro è stato sciolto durante il periodo di prova;

- se cambia posto di lavoro e passa all'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera del nuovo datore di lavoro;
- se il contratto assicurativo viene sciolto e ripreso da un altro assicuratore che, in base ad un accordo di libero passaggio, è tenuto a garantire il proseguimento della copertura assicurativa.

Disposizioni
fiscali

Comunicazioni

Tutte le comunicazioni di Helsana le vengono fornite dal suo datore di lavoro. Quest'ultimo ha l'obbligo di informarla sui contenuti fondamentali del contratto.

Protezione dei dati

Il trattamento dei dati avviene nel rispetto della Legge sulla protezione dei dati. Se dei dati personali relativi alle notifiche di sinistro vengono comunicati a Helsana, essi saranno utilizzati esclusivamente per gli scopi seguenti:

- liquidazione dei sinistri;
- allestimento di statistiche anonime per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali;
- l'invio previsto per legge in forma anonima all'Ufficio federale di statistica per l'allestimento da parte della Confederazione della statistica pubblica degli stipendi.

I dati personali sono conservati soltanto finché è obbligatoriamente necessario per il rispetto delle disposizioni contrattuali e legali. Successivamente vengono eliminati.

Se ha domande in merito al presente promemoria, può rivolgersi al suo datore di lavoro.

Il presente promemoria non è parte integrante del contratto bensì solo un estratto delle condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera (Helsana Business Salary secondo la LCA), che costituiscono la base determinante per il contratto assicurativo.

Guida uscita
dall'azienda

Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera di malattia

1. A cosa bisogna prestare attenzione quando si cambia datore di lavoro?

- Con la cessazione del contratto di lavoro termina la copertura dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera di malattia.
- Il collaboratore uscente ha il diritto di passare, entro 3 mesi, all'assicurazione individuale e mantiene le prestazioni assicurate finora senza doversi sottoporre all'esame dello stato di salute.

2. Cosa bisogna osservare in caso di disoccupazione?

- Con la cessazione del contratto di lavoro termina la copertura dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera di malattia.
- Il collaboratore uscente che in futuro sarà disoccupato ha il diritto di passare, entro 3 mesi, all'assicurazione individuale e mantiene le prestazioni assicurate finora senza doversi sottoporre all'esame dello stato di salute.
- Per annunciarsi all'assicurazione contro la disoccupazione, il collaboratore necessita della conferma di licenziamento del datore di lavoro.

3. Cosa bisogna osservare in caso di un periodo senza lavoro?

- Con la cessazione del contratto di lavoro termina la copertura dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera di malattia.
- In caso di congedo non retribuito, la copertura assicurativa viene mantenuta per un massimo di 6 mesi se il contratto di lavoro non viene cessato. Per il periodo previsto del congedo, non vi è diritto a prestazioni assicurative.
- Poiché il collaboratore non ha più un reddito, non può passare all'assicurazione individuale. Il vostro datore di lavoro Team Personnel Solutions SA è a disposizione per ulteriori informazioni.

In caso di divergenze fra il presente riassunto e il regolamento (originale disponibile su richiesta scritta amministrazione@tps-sa.ch), quest'ultimo fa fede. Trascrizione a cura di Tps SA, fa stato il testo originale.

sopraceneri

Via San Gottardo 18 A

CH - 6532 Castione

tel. +41 91 850 40 30

fax. +41 91 850 40 39

amministrazione@tps-sa.ch

tps-sa.ch

sottoceneri

Via Cantonale 24

CH - 6802 Rivera

tel. +41 91 935 90 10

fax. +41 91 935 90 19

