

Incapacità di guadagno

Promemoria per i lavoratori e datori di lavoro

Le informazioni contenute in questo promemoria sono fornite solo a titolo informativo. È unicamente valido il regolamento in vigore al momento in cui è insorta l'incapacità di lavoro la cui causa ha portato all'invalidità, congiuntamente alla legislazione e giurisdizione applicate in merito. L'istituto di previdenza si riserva espressamente il diritto di aggiornare il presente promemoria in conformità alle nuove condizioni.

Fine dell'obbligo assicurativo e dell'obbligo d'informazione ai sensi dell'art. 8 cpv. 2 LFLP

Fine dell'obbligo assicurativo

Secondo l'art. 10 cpv. 2 LPP l'obbligo assicurativo termina, fatto salvo l'obbligo del datore di lavoro di pagare il salario giusta l'art. 324a del CO e il diritto all'indennità in caso di maternità giusta l'art. 329f del CO, in particolar modo quando:

- è sciolto il rapporto di lavoro,
- non è più raggiunto il salario minimo.

A tale proposito non sono considerate come salario ai sensi della LPP l'indennità giornaliera versata da un'assicurazione sociale o privata e le rendite a meno che non superino il limite previsto dall'art. 324a CO oppure, in caso di maternità, quello previsto dall'art. 329f del CO. Nonostante la fine dell'assicurazione sussiste il diritto alle seguenti prestazioni:

- Prestazioni in caso di incapacità di guadagno o di invalidità qualora il loro inizio rientri ai sensi degli art. 18 o 23 LPP nel periodo di competenza dell'istituto di previdenza. Sono comprese anche tutte le modifiche del grado d'invalidità strettamente connesse, da un punto di vista obiettivo e temporale, alla causa che ha portato all'incapacità di lavoro iniziale.
- Aspettative di prestazioni di vecchiaia e di prestazioni in caso di decesso proporzionalmente al grado d'incapacità di guadagno o invalidità.

Per il resto non sussiste alcuna copertura assicurativa.

Obbligo d'informazione ai sensi dell'art. 8 cpv. 2 LFLP

Qualora la persona assicurata non sia assicurata presso l'istituto di previdenza di un nuovo datore di lavoro o presso l'istituto collettore si dovrà osservare quanto segue:

- Terminato l'obbligo assicurativo e scaduto il periodo di proroga della copertura di massimo un mese

(art. 10 cpv. 2 e 3 LPP) termina anche la copertura per i rischi di vecchiaia, decesso e invalidità.

- Il mantenimento della previdenza spetta alla persona assicurata stessa.
- A persona assicurata può continuare ad assicurare il rischio d'invalidità e di decesso stipulando una polizza vita individuale presso una compagnia d'assicurazione sulla vita oppure, secondo quanto previsto dall'art. 47 LPP, continuarla a mantenere nella stessa estensione presso l'istituto collettore.
- La persona assicurata può continuare a mantenere la previdenza mediante una polizza o un conto di libero passaggio e in aggiunta mediante il pilastro 3a o 3b di un istituto assicurativo o bancario.

Competenza dell'istituto di previdenza

È competente l'istituto di previdenza presso cui la persona assicurata era assicurata al momento in cui è sorta l'incapacità di lavoro la cui causa ha portato all'invalidità. Per incapacità di lavoro s'intende una limitazione duratura e di rilievo, ovvero una limitazione importante, tangibile ed evidente della capacità di esercitare una mansione nell'ambito professionale abituale, comprovata legalmente mediante certificati medici e certificati professionali attuali. In caso d'incapacità di lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni ragionevolmente esigibili in un'altra professione o campo d'attività. Inoltre la definizione del danno di salute non avviene in termini medici ma secondo il diritto delle assicurazioni sociali. La gravidanza non è considerata una malattia.

Versamenti e prelievi dell'avere di vecchiaia

Una volta insorta l'incapacità di lavoro come definita al punto 2 non è più possibile effettuare sulla quota passiva della assicurazione alcun versamento o prelievo di prestazioni di libero passaggio e di prestazioni d'uscita o di indennità di divorzio.

I prelievi generalmente comportano una riduzione della prestazione assicurativa; una riduzione delle prestazioni non si verifica solo qualora:

- il rimborso di un prelievo anticipato nell'ambito della promozione d'abitazioni o di un'indennità di divorzio, sia avvenuto prima dell'inizio dell'incapacità di lavoro;
- l'assicurato in caso di trasferimento di prestazioni d'uscita in seguito ad uscita dal servizio o di uscita parziale, s'incarichi di provvedere, possibilmente prima che gli vengano erogate le prestazioni, al trasferi-

mento della prestazione d'uscita, degli accrediti di vecchiaia (a meno che questi non siano a carico dell'istituto di previdenza nell'ambito dell'esenzione dal pagamento dei contributi) e degli accrediti degli interessi maturati e di quelli mancanti (art. 3 cpv. 3 LFLP).

Inizio del termine d'attesa per l'esenzione dal pagamento dei contributi

Il termine d'attesa inizia il primo giorno dell'incapacità lavorativa attestata da un medico (specialista) e il cui grado supera quello minimo di incapacità lavorativa determinante. Se nel corso del termine di attesa per l'esenzione dal pagamento dei contributi subentra un'interruzione con piena capacità lavorativa di almeno 30 giorni consecutivi, subentrano nuovi termini di attesa per le prestazioni in caso di incapacità di guadagno. Nuove cause determinano nuovi termini d'attesa.

Esenzione dal pagamento dei contributi provvisoria

Per stabilire l'entità dell'esenzione dal pagamento dei contributi è determinante il grado di incapacità di guadagno (invalidità nel settore di attività). Quest'ultimo è calcolato secondo criteri economici e tenendo conto dell'obbligo di ridurre il danno a cui è tenuto l'assicurato e pertanto non coincide con l'incapacità di lavoro attestata da un medico. Considerato che il 2° pilastro è concepito come un complemento del 1° pilastro gli accertamenti medici e professionali come pure la determinazione dell'incapacità di guadagno (invalidità nel settore di attività) spettano principalmente all'Assicurazione federale per l'invalidità.

L'istituto di previdenza, tuttavia, è disposto a concedere, temporaneamente e senza obbligo giuridico, dopo lo scadere del termine di attesa un'esenzione dal pagamento dei contributi provvisoria stabilita sulla base dell'incapacità di lavoro attestata da un medico per una durata massima che si estende fino alla fine del mese in cui inizierebbe il versamento della rendita della Assicurazione federale per l'invalidità qualora la relativa richiesta fosse stata presentata in tempo. Per ragioni amministrative tutte le modifiche rilevanti ai fini della determinazione dell'entità dell'esenzione provvisoria dal pagamento dei contributi sono raccolte fino al momento della revisione fissata in anticipo (generalmente 24 mesi dopo l'inizio dell'incapacità di lavoro qualora l'istituto di previdenza sia per allora già in possesso di una decisione di assegnazione della rendita definitiva dell'Assicurazione federale per l'invalidità, altrimenti non appena ne sarà in possesso) e solo allora sono applicate in toto e retroattivamente per tutto il periodo.

Qualora non fosse stata presentata alcuna richiesta all'Assicurazione federale per l'invalidità oppure qualora il grado d'invalidità accertato sia inferiore al limite minimo previsto dal regolamento, l'esenzione dal pagamento

dei contributi provvisoria sarà concessa al massimo fino alla fine del mese in cui inizierebbe il versamento della rendita dell'Assicurazione federale per l'invalidità se la relativa richiesta fosse stata presentata in tempo. La decisione definitiva sull'entità dell'esenzione dal pagamento dei contributi farà seguito solo alla presentazione della decisione di assegnazione della rendita dell'Assicurazione federale per l'invalidità. Per far valere un eventuale diritto ad una rendita o ad un'ulteriore esenzione dal pagamento dei contributi è necessario in ogni caso presentare la decisione di assegnazione della rendita dell'Assicurazione federale per l'invalidità. In linea di principio, durante una riformazione professionale non si ha diritto a un'esenzione dal pagamento dei contributi.

Obbligo di collaborazione

Durante lo svolgimento delle pratiche l'assicurato è tenuto ad informare l'istituto di previdenza senza indugio e per iscritto su tutte le circostanze determinanti ai fini delle prestazioni e del loro importo. Questo vale in particolare per la presentazione dei seguenti documenti:

- copia della richiesta di prestazioni AI al più tardi 6 mesi dopo l'inizio della incapacità di lavoro;
- modifiche del grado dell'incapacità di lavoro attestata dal medico;
- misure e decisioni delle assicurazioni sociali o private in Svizzera o all'estero coinvolte (soprattutto in merito al termine del diritto alle indennità giornaliere);
- cambiamenti sostanziali delle condizioni effettive;
- i cambiamenti dello stato di salute devono essere comunicati all'Assicurazione federale per l'invalidità.

Revisione

Come nell'Assicurazione federale per l'invalidità tutti i casi di prestazione sono sottoposti ad una revisione periodica. Per far valere un peggioramento dello stato di salute deve essere presentata prima di tutto e in ogni caso un'apposita richiesta (notifica in caso di pratica in corso, altrimenti richiesta di revisione o nuova richiesta) all'Assicurazione federale per l'invalidità. L'istituto di previdenza conformemente alle norme della Assicurazione federale per l'invalidità provvederà rivedere il grado d'invalidità solo qualora mediante degli accertamenti medici specialistici sia possibile comprovare legalmente che sia subentrato un peggioramento o miglioramento dello stato di salute che può essere definito di rilievo, ossia duraturo, importante, tangibile ed evidente secondo criteri obiettivi.

Le prestazioni eventualmente erogate in eccesso dovranno essere restituite per intero.