



Richiesta di prestazioni d'invalidità

Informazioni sulla persona

No assic. soc.: _____ Lingua: D F I

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: M F Data di nascita: _____

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

Data del matrimonio, della registrazione dell'unione domestica o del divorzio: _____

Via e numero: _____

NPA: _____ Luogo: _____

Figli a carico / in affidamento

Figli minorenni o in formazione:

Cognome	Nome	Data di nascita
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Relazione bancaria, di pagamento

Banca Posta Conto No: _____

IBAN (obbligatorio): _____

Banca (nome, NPA, località, paese): _____

SWIFT/BIC (per l'estero): _____ Clearing: _____

Nome del titolare del conto:
Cognome: _____ Nome: _____

Indirizzo: _____

NPA: _____ Luogo: _____ Paese: _____



Diritti derivanti da altri enti assicurativi

	Le prestazioni sono riconosciute:		
<input type="checkbox"/> Dall'assicurazione invalidità AI	al _____ %	dal _____	
<input type="checkbox"/> Dall'assicurazione militare	al _____ %	dal _____	
<input type="checkbox"/> Dall'assicurazione infortuni (LAINF)	al _____ %	dal _____	
<input type="checkbox"/> Da assicuratori sociali esteri	al _____ %	dal _____	
<input type="checkbox"/> Dall'assicurazione collettiva giornaliera per la perdita di guadagno	al _____ %	dal _____	

Nome dell'assicuratore: _____ No di contratto: _____

Conferma

1 Avere di libero passaggio disponibile? sì no

Nel caso di un possibile riconoscimento delle prestazioni d'invalidità, tutte le prestazioni di libero passaggio dei precedenti fondi di previdenza e degli averi di conti o polizze di libero passaggio devono essere trasferiti alla Fondazione istituto collettore LPP.

2 La persona assicurata è assoggetta all'imposta alla fonte? sì no

In caso affermativo, si prega di allegare copia del libretto per stranieri o certificato di domicilio all'estero.

3 Per poter verificare la sua richiesta ci occorre necessariamente la decisione dell'Assicurazione federale per l'invalidità (AI).

Alla presente richiesta favorisca allegare la decisione!

4 È in possesso di decisioni di ulteriori enti assicurativi? sì no

Se è in possesso di decisioni di ulteriori enti assicurativi favorisca allegarle alla presente richiesta!

5 Si occupa del sostentamento di figli in formazione d'età superiore ai 18 anni? sì no

Allegare l'atto di nascita dei figli / Certificato (libretto) di famiglia.

Per i figli in formazione d'età superiore ai 18 anni favorisca allegare un attestato di formazione professionale o di frequenza scolastica, con l'indicazione della durata prevista della formazione (in previsione dell'assegnazione di una rendita oltre l'età regolamentare).

6 È una persona divorziata con figli? sì no

Se sì, favorisca allegare la sentenza di divorzio alla presente richiesta.

7 Procura:

La persona assicurata autorizza a rilasciare informazioni a tutte le persone che possono fornire indicazioni rilevanti per il disbrigo del caso di prestazione, segnatamente privati, società, uffici amministrativi, medici, avvocati, assicuratori privati, assicuratori di responsabilità civile, organi delle assicurazioni sociali e autorità dell'assistenza sociale.

Firmando il presente documento dichiaro di avere risposto a tutte le domande in modo veritiero e completo e conferisco alla Fondazione istituto collettore una procura come indicato al punto 7.

Luogo e data

Firma della persona assicurata



Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

Confidenziale

Fondazione istituto collettore LPP
Previdenza LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Casella postale
8050 Zurigo

Confidenziale

Fondazione istituto collettore LPP
Previdenza LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Casella postale
8050 Zurigo

Vi preghiamo di allegare la presente copertina alla documentazione che ci rispedisce. Grazie!

Per la restituzione dei vostri documenti non utilizzate graffette, punti metallici o nastro adesivo.

