



Persona assicurata:

No di
affiliazione:

Notifica d'uscita per assicurazione volontaria

Uscita al (= fine dell'assicurazione): _____

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: _____

Stato di salute

La persona assicurata era/è al momento dell'uscita

completamente abile al
lavoro

non completamente abile al
lavoro*

invalido al ____%**

Se non è completamente abile al lavoro, si prega di aggiungere in ogni caso i certificati medici in merito e/o i conteggi dell'assicurazione contro gli infortuni o dell'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia.

* Si prega di compilare la notifica dell'incapacità lavorativa

** Si prega di allegare la decisione AI

Apponendo la propria firma, la persona assicurata conferma di avere dichiarato tutte le mutazioni.

Luogo:

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.

