



Domanda pensionamento parziale

(Vogliate compilare questo formulario in maniera elettronica o in stampatello e firmarlo)

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: _____

Dati sul pensionamento parziale

Pensionamento parziale per: _____
Ammontare del pensionamento parziale in % _____
(Se il nuovo salario annuale scende al di sotto della soglia d'entrata, si procede al pensionamento completo.)

Note:

- Se il rapporto di lavoro è terminato, non è necessario dichiarare alcun salario.
- Se il salario annuale non raggiunge la soglia d'entrata, si procede al pensionamento completo.
- Presentando una richiesta per iscritto entro 3 mesi, si può richiedere una prestazione di libero passaggio al posto delle prestazioni di vecchiaia.

Dichiarazione relativa alla forma di versamento dell'aveve di vecchiaia

La persona assicurata preferisce percepire

- l'intero avere sul conto di vecchiaia sotto forma di rendita di vecchiaia
 l'intero avere sul conto di vecchiaia sotto forma di capitale (100%)
 _____% dell'aveve sul conto di vecchiaia sotto forma di capitale

La quota dell'aveve di vecchiaia non prelevata sotto forma di capitale viene trasformata, in base alle disposizioni del regolamento di previdenza, in una rendita di vecchiaia con rendite reversibili per i superstiti.



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: _____

Secondo le nostre direttive è possibile effettuare un pagamento solo su un conto. Una ripartizione degli importi su diversi conti non è possibile.

Figli minorenni o in formazione

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

La persona assicurata è consapevole che:

- con il prelievo di capitale saranno soddisfatti ovvero diminuiti in misura corrispondente i diritti regolamentari alla rendita di vecchiaia, alla rendita per figli di pensionati, alle rendite per superstiti e orfani
- ai sensi dell'art. 79b cpv. 3 LPP l'autorità fiscale vieta, risp. può tassare nuovamente il prelevamento di ogni capitale prima della scadenza di un termine di 3 anni;
- la preferenza di pagamento sotto forma di capitale non può essere presentata **con effetto retroattivo**.
- il pagamento sotto forma di capitale è limitato, nel caso di persone invalide, alla quota di avere di vecchiaia che corrisponde al grado di capacità lavorativa

Al momento del pagamento la residenza principale della persona assicurata si trova in Svizzera? sì no

In caso contrario, si prega di indicare il suo indirizzo all'estero: _____



Luogo:

Data:

Firma della persona assicurata:

Il coniuge/partner registrato è d'accordo con il versamento dell'avere di vecchiaia sotto forma di capitale (conto supplementare compreso):

Luogo:

Data:

Firma del coniuge/partner registrato:

Cognome, nome del coniuge/partner registrato: