



## 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: \_\_\_\_\_

Dall'assicurazione contro la dissociazione al \_\_\_\_\_ % dal \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo della cassa di disoccupazione: \_\_\_\_\_

La preghiamo di inviarci una copia dei conteggi e delle relative decisioni della cassa di disoccupazione.

## Conferma

1. Avere di libero passaggio disponibile?  sì  no  
L'ammontare dell'aveve di vecchiaiaLPP maturato fino all'entrata nella previdenza professionale dei disoccupati è da dichiarare all'atto della richiesta di prestazioni.  
Per certificare quanto sopra favorisca allegare alla presente richiesta la relativa polizza di libero passaggio, gli estratti conto, i conti di libero passaggio, l'ultimo certificato di previdenza ecc.

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  
Assicurazione di rischio per disoccupati  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Casella postale  
8050 Zurigo  
SWITZERLAND

### Confidenziale

Fondazione istituto collettore LPP  
Assicurazione di rischio per disoccupati  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Casella postale  
8050 Zurigo  
SWITZERLAND

### Assicurazione di rischio per disoccupati

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

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

