



→ Vogliate inviare il modulo debitamente compilato e firmato corredato da tutti i documenti necessari:

Fondazione istituto collettore LPP  
Assicurazione disoccupazione (AD)  
Viale Stazione 36, Stazione FFS  
Casella postale  
6501 Bellinzona

www.aeis.ch  
Postfinance  
BIC/SWIFT: POFICHBEXX  
IBAN: CH42 0900 0000 3044 8355 4

Tel. +41 91 610 24 24  
Fax +41 91 610 24 25  
Orari d'apertura lu. - ve.  
08:00 - 12:00/  
13:30 - 17:00

## Richiesta di prestazioni per superstiti dalla previdenza professionale dei disoccupati

Data del decesso: .....

### Dati personali della persona deceduta

Nuovo No AVS: ..... No AVS: .....  
(13 cifre) (11 cifre)  
Cognome: ..... Nome: .....  
Sesso:  M  F Data di nascita: .....  
Via, No: .....  
NPA: ..... Luogo di domicilio: .....

### Richiedente

Cognome: ..... Nome: .....  
Sesso:  M  F Data di nascita: .....  
Lingua:  D  F  I  
Via, No: .....  
NPA: ..... Luogo di domicilio: .....  
Telefono: ..... E-mail: .....

### Coniuge, risp. partner in un'unione domestica registrata

Nuovo No AVS: ..... No AVS: .....  
(13 cifre) (11 cifre)  
Cognome: ..... Nome: .....  
Sesso:  M  F Data di nascita: .....  
Lingua:  D  F  I  
Via, No: .....  
NPA: ..... Luogo di domicilio: .....



Persona deceduta: .....

**Decesso**

Causa esatta del decesso:  Malattia  Infortunio o malattia professionale

Descrizione esatta: .....

La causa del decesso d'ev'essere attestata da un certificato medico, che deve menzionare l'evento principale che ha portato al decesso.

Sussistono diritti da altri enti assicurativi?  sì  no  
(Assicuratore infortuni (LAINF), assicurazione militare (LAM) o altri assicuratori, ad es. assicuratori sociali esteri)

Se sì, Nome: .....

Indirizzo: .....

**Figli superstiti della persona deceduta**

Figli minorenni o in formazione?

Cognome:	Nome:	Data di nascita:
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Relazione bancaria, di pagamento**

Le rendite venute a scadenza vanno versate sul seguente conto:

Banca  Posta Conto No: .....

IBAN (indispensabile): .....

Banca (nome, NPA, località, Stato): .....

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

Nome del titolare del conto: .....  
(cognome, nome)

Indirizzo: .....

NPA: ..... Località: .....

**Imposta alla fonte**

La persona avente diritto è soggetta all'imposta alla fonte?  sì  no

Se sì, qual è il No SIMIC del documento? .....

(No sistema d'informazione centrale sulla migrazione, ovvero No di registro centrale degli stranieri)

.....  
Luogo Data Firma del richiedente

# Fondazione istituto collettore LPP

## Assicurazione di rischio per disoccupati



Persona deceduta: .....

### Allegati:

Certificati medici	<input type="checkbox"/> indispensabile	
Certificato di morte ufficiale ed elenco degli eredi ufficiale in caso di decesso di una persona non sposata o non registrata	<input type="checkbox"/> indispensabile	
Certificato di famiglia aggiornato in caso di decesso di una persona sposata / in unione domestica registrata	<input type="checkbox"/> indispensabile	
Attestazione dell'aver di vecchiaia LPP maturato all'entrata nella previdenza professionale dei disoccupati (estratti conto, conti di libero passaggio, ultimi certificati personali)	<input type="checkbox"/> indispensabile	
Attestati scolastici o di formazione professionale per figli d'età superiore ai 18 anni, con l'indicazione della durata prevista della formazione nel caso di orfani in formazione d'età superiore ai 18 o ai 20 anni (in previsione del pagamento di una rendita per orfani dopo l'età termine regolamentare)	<input type="checkbox"/> allegato	<input type="checkbox"/> segue
Atto di nascita dei figli / Libretto di famiglia o documento analogo	<input type="checkbox"/> allegato	<input type="checkbox"/> segue
Sentenza di divorzio, attestazione di crescita in giudicato e decisione AVS (per aventi diritto di precedenti matrimoni / risp. unioni domestiche registrate)	<input type="checkbox"/> allegato	<input type="checkbox"/> segue
Decisione dell'AVS, dell'assicuratore infortuni o dell'assicurazione militare (in caso di obbligo di prestazione dell'assicurazione infortuni o militare)	<input type="checkbox"/> allegato	<input type="checkbox"/> segue
.....	<input type="checkbox"/> allegato	<input type="checkbox"/> segue
.....		