



=> Vogliate inviare il modulo debitamente compilato e firmato corredato da tutti i documenti necessari a:

Fondazione istituto collettore LPP	www.aeis.ch	Tel. +41 41 799 75 75
Previdenza LPP	Postfinance	Fax +41 44 468 23 96
Casella postale	BIC/SWIFT: POFICHBEXX	Orario d'ufficio Lun - Ven
8050 Zurigo	IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7	08:00 - 12:00 e 13:30 - 17:00

Richiesta di pagamento in contante della prestazione di libero passaggio

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: _____

Confermo di intraprendere un'attività lucrativa indipendente a titolo principale, di investire la prestazione di libero passaggio in pieno nella propria impresa e di non essere più soggetto/a alla previdenza professionale obbligatoria.
(Si prega di allegare un attestato della cassa di compensazione AVS competente, recante il numero di conteggio.)

Abbandono definitivamente la Svizzera.
(Si prega di allegare una copia del certificato di partenza definitiva rilasciato dal controllo abitanti.)

Mi trasferisco nel seguente paese UE/EFTA: _____

Prima del pagamento è **obbligatorio** accertare se in tale paese siete assoggettato all'assicurazione sociale. Allo scopo deve essere compilato il "Modulo di domanda per l'accertamento dell'obbligo di assicurazione sociale" per il paese in questione. Il modulo può essere richiesto al seguente organismo:

Organismo di collegamento	www.verbindungsstelle.ch
Fondo di garanzia LPP	info@verbindungsstelle.ch
Casella postale 1023	
CH-3000 Berna 14	

In allegato al modulo riceverete anche un promemoria in cui è descritto lo svolgimento del procedimento. Al termine del procedimento le comunicheremo l'eventuale importo del pagamento.

Mi trasferisco nel seguente paese al di fuori dell'UE/EFTA: _____

La mia prestazione di libero passaggio è inferiore al mio contributo annuo da lavoratore dipendente.

Relazione bancaria, di pagamento

Banca Posta Conto No: _____

IBAN (obbligatorio): _____

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

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

Titolare del conto Nome: _____ Cognome: _____

Indirizzo: _____

NPA/ _____ Paese: _____

Luogo: _____



Confermazione del suo domicilio

Al momento del versamento il mio domicilio si trova in Svizzera all'estero

Prendo atto del fatto che l'autorità fiscale vieta, risp. può tassare nuovamente il prelevamento di ogni capitale prima della scadenza di un termine di 3 anni.

Luogo: _____ Data: _____ Firma della persona assicurata: _____

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

Luogo: _____ Data: _____ Firma del coniuge/partner registrato: _____

Cognome, nome del coniuge/partner registrato: _____

Indicazione inerente al prelievo in forma di capitale:

se la persona assicurata è coniugata o vive in un'unione domestica registrata, la firma del coniuge/partner è obbligatoria. In caso contrario va allegato il certificato individuale di stato civile rilasciato al più tardi tre mesi prima dell'inoltro dello stesso.