



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

Fondazione istituto collettore LPP
Previdenza LPP
Casella postale
6501 Bellinzona

www.aeis.ch
Postfinance
BIC/SWIFT: POFICHBEXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 91 610 24 24
Fax +41 91 610 24 25
Orario d'ufficio Lun - Ven
08:00 - 11:30/13:30 - 17:00

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