



=> 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 - 16:30

Richiesta per l'esonero dalla previdenza professionale obbligatoria dei disoccupati

Da compilare da parte dell'istituto di previdenza professionale

No AVS: _____
Cognome: _____ Nome: _____
Sesso: M F Data di nascita: _____
Via e numero: _____
NPA: _____ Luogo di domicilio: _____

Nell'ambito delle disposizioni legali LPP dichiaro di essere assicurato a titolo facoltativo presso un istituto di previdenza ai sensi dell'art. 47 LPP o dell'art. 47a LPP, per i rischi di decesso e d'invalidità.

Questa assicurazione decorre dal: _____

Nome dell'istituto di previdenza: _____

Luogo, data: _____ Timbro, firma: _____

Da compilare da parte della persona assicurata:

Inoltre la richiesta d'esonero dalla previdenza professionale obbligatoria dei disoccupati. Prendo atto che con ciò si estingue irrevocabilmente ogni mio diritto nei confronti della Cassa disoccupazione atto a finanziare la mia attuale previdenza LPP.

In qualità di richiedente, con la presente autorizzo la Fondazione istituto collettore LPP, se del caso, a richiedere le informazioni necessarie all'istituto di previdenza competente. Nel caso in cui questa copertura previdenziale dovesse cessare, mi impegno ad informarne tempestivamente il competente Ufficio regionale di collocamento (URC).

Luogo, data: _____ Firma: _____