

## Persona assicurata

Cognome		No. d'assicurazione
Nome		Data di nascita
Indirizzo		No. di sicurezza sociale
CAP	Località	
Stato civile		Data del matrimonio

## Datore di lavoro

Datore		Persona di contatto
Telefono		E-Mail
Indirizzo		
CAP	Località	

**Data d'uscita dell'assicurato** \_\_\_\_\_

**Nome del nuovo datore di lavoro** \_\_\_\_\_

## Cassa pensioni

Nome della nuova Cassa pensioni	
Indirizzo della nuova Cassa pensioni	NPA, luogo della nuova Cassa pensioni
<input type="text"/>	_____
Coordinate di versamento della nuova Cassa pensioni (IBAN)	Conto bancario della nuova Cassa pensioni

## Fondazione di libero passaggio

Nome della Fondazione di libero passaggio
<input type="text"/>
Coordinate di versamento della Fondazione di libero passaggio (IBAN)

### Da compilare dal datore di lavoro:

#### Motivo d'uscita

- A)** dimissioni del/della collab.; assunzione a durata determinata; convenzione su richiesta del/della collab.; licenziamento disciplinare
- B)** piano sociale/accordo sociale; disdetta del rapporto di lavoro da parte del datore di lavoro (inattitudine medica, motivi organizzativi)

#### In caso di licenziamento da parte del datore di lavoro all'età di 55 anni o più: mantenimento facoltativo dell'assicurazione

Diritto al mantenimento dell'assicurazione secondo l'art. 12a del Regolamento di previdenza della Cassa pensioni Posta



## Pagamento in contanti

- Partenza definitiva dalla Svizzera  
**Certificato di partenza** del comune di residenza e indicazione **del nuovo indirizzo completo all'estero**. In caso di partenza per uno Stato dell'UE o dell'AELS, attestazione ufficiale dell'ente statale del paese in questione, il quale certifica che non esiste nessuna assicurazione obbligatoria.
- Attività lavorativa indipendente principale **senza assicurazione obbligatoria**.  
**Certificato AVS** con conferma dell'inizio dell'attività lucrativa indipendente e/o estratto del registro di commercio.
- Importo minimo  
E' possibile se la prestazione d'uscita è **inferiore al contributo annuo del lavoratore**; sono considerate anche le prestazioni d'entrata trasferite.
- Pagamento in contanti per gli **assicurati coniugati** o alle unioni domestiche registrate solamente con il consenso scritto del coniuge o del partner. In più viene richiesta **un'autenticazione ufficiale della firma del coniuge** o del partner (fatta eccezione per importi poco importanti).
- Persone assicurate **non sposate** devono **fare autenticare lo stato civile** (eccezione: poca entità). Al momento del pagamento la validità dell'autenticazione deve essere inferiore a 2 mesi.

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Luogo, Data Firma del/della coniuge/partner

**Solo in caso di pagamento in contanti:**      **Autenticazione ufficiale della firma del coniuge/partner**  
**Attestato ufficiale dello stato civile della persona assicurata:**

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Luogo, Data Timbro e firma

## Indirizzo per il versamento nel caso di pagamento in contanti:

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Nome della banca No. IBAN (Si prega di allegare un bollettino di preridendenza.)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Indirizzo della banca NPA, luogo

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Luogo, Data Firma dell'assicurato/a

