

## Persona assicurata

Cognome	Numero di assicurazione
Nome	Data di nascita
Indirizzo	
CAP / Luogo	No. di sicurezza sociale
Stato civile	Data di matrimonio

## Datore di lavoro

Datore di lavoro	Telefono
Persona di contatto	E-mail
Indirizzo	
CAP / Luogo	

## Data di pensionamento

<b>Pensionamento completo</b>	<b>Sì</b>	<b>No</b>
-------------------------------	-----------	-----------

## Pensionamento parziale

Grado di occupazione precedente in %	Grado di occupazione nuovo in %
Salario annuo precedente in CHF	Salario annuo nuovo in CHF
Rendita transitoria	Importo mensile
	Sì      No

## Da compilare dalla persona assicurata:

### Partner della persona assicurata

Cognome	No. di sicurezza sociale
Nome	Data di nascita

## Versamento in capitale

Desidera un versamento in capitale?	No		
	Sì	Piano di base	Importo oppure %
		Piano complementare	Importo oppure %

Il prelievo del capitale deve essere richiesto con il modulo apposito alla Cassa pensioni Posta al più tardi un mese prima del pensionamento (modulo sul sito web [www.pkpost.ch](http://www.pkpost.ch)).



## Modulo pensionamento per il datore di lavoro

### Comunicazione delle coordinate bancarie

IBAN

Nome e indirizzo della banca

Osservazioni

### Figli con diritto a una rendita per figli (fino a 25 anni di età)?

Sì          No

Cognome, nome	Data di nascita	Indirizzo

Per i figli di età compresa tra i 18 e i 25 anni è necessario allegare una conferma di formazione attuale o una decisione AI.

### Giornale del personale - dati trasmessi dalla CP Posta

Consenso alla trasmissione dei dati (indirizzo, data di nascita o decesso) da parte della CP Posta a terzi.

- |  |    |    |
|--|----|----|
| - Consenso alla comunicazione dell'indirizzo alla Posta per la distribuzione del giornale del personale                                | Sì | No |
| - Consenso alla comunicazione delle date di compleanno e di decesso alla Posta per la pubblicazione sul giornale del personale         | Sì | No |
| - Consenso alla comunicazione dell'indirizzo alle associazioni private dei pensionati per la gestione della banca dati degli indirizzi | Sì | No |

\_\_\_\_\_  
Luogo, Data

**X**

\_\_\_\_\_  
Firma

Per eventuali chiarimenti sono raggiungibile:

\_\_\_\_\_  
E-mail

\_\_\_\_\_  
Telefono

Si prega di rinviare il modulo firmato e compilato dovutamente e in modo leggibile. Grazie!