

Nome del datore di lavoro	N. di contratto	N. di sottogruppo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Informazioni generali sulla persona

Cognome	Nome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via	NAP, Località	Numero di assicurazione sociale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Stato civile	celibe/ nubile	coniugato/a	divorziato/a	vedovo/a	concubinato	unione domestica registrata
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No		maschile	femminile	
La persona assicurata è interamente abile al lavoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		secco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Opzione di capitale

In caso di prestazione, con la presente richiedo invece della rendita di vecchiaia regolamentare secondo LPP:

- L'intero capitale di vecchiaia (pagamento del capitale in un'unica soluzione)
- Una parte del capitale di vecchiaia:

o CHF

è richiesto %

del diritto completo come pagamento del capitale in un'unica soluzione e il resto come rendita di vecchiaia

Spiegazioni

L'opzione di capitale può essere fatta valere da una persona assicurata e pienamente abile al lavoro fino a più tardi sei mesi prima della nascita del diritto. Un'opzione di capitale fatta valere può essere revocata soltanto con l'approvazione della fondazione.

La persona assicurata prende atto che per il capitale prelevato sono liquidate le rispettive prestazioni risultanti dal regolamento.

Nel caso di prelievo della prestazioni di vecchiaia sotto forma di capitale, trova applicazione quel regolamento, vigente presso la fondazione al momento del prelievo di capitale.

Se sono stati effettuati degli acquisti, entro i prossimi tre anni le prestazioni da essi risultanti non possono essere prelevate dalla previdenza sotto forma di capitale.

AVVERTENZA: prima del pagamento del capitale di vecchiaia si richiede l'autenticazione della firma.

Firma della persona assicurata

Firma del coniuge/ del partner registrato o del partner di concubinato

Luogo

Data

Firma della Fondazione collettiva GRANO