

## Messaggio di uscita

Per il pensionamento anticipato o parziale, si prega di utilizzare il modulo [Notifica di pensionamento](#).

Per informazioni sul mantenimento della protezione previdenziale, consultare il foglio informativo [Dimissioni](#).

Denominazione del regime pensionistico

Nome del datore di lavoro

Categoria

### Persona assicurata

Nome

Nome

Data di nascita

Stato civile al momento della  
partenza

singolo     sposato     divorziato     vedova  
 associazione registrata     partenariato disciolto

Numero di previdenza sociale

756.

Via, no.

CAP, Città

**Scarico per**

Completamente idoneo al lavoro e  
impiegabile  
per data di partenza

Sì     No\*

\*Si prega di allegare il modulo [Questionario per l'invalidità del](#) riassicuratore.

Abbandono per riduzione del  
personale o ristrutturazione

Sì     No

Posto

Firma del datore di lavoro

Data

## Informazioni sull'utilizzo della prestazione di uscita

Se vengono omesse le informazioni sull'utilizzo della prestazione di uscita, l'istituto di previdenza trasferisce per legge la prestazione di uscita alla Stiftung Auffangeinrichtung LPP.

### Persona assicurata

Nome, nome

Via, No., Codice postale / Città

Indirizzo di contatto per domande durante il giorno (e-mail o numero di telefono)

### Per le persone che hanno superato la prima età pensionabile regolamentare possibile (generalmente a partire dai 58 anni)

L'occupazione continuerà?

 Sì No

Avete un nuovo datore di lavoro?

 Sì No

Se non avete un nuovo datore di lavoro, vi siete già iscritti a un'assicurazione contro la disoccupazione?

 Sì No

### Trasferimento ad un nuovo regime pensionistico

Nuovo datore di lavoro

Via, no.

CAP, Città

Nuovo regime pensionistico

Numero di contratto

Via, no.

CAP, Città

Banca / Ufficio postale (nome, indirizzo)

Numero IBAN / conto postale

**Si prega di allegare la polizza di versamento**

### Costituzione di un conto o di una polizza di libero passaggio

Conservazione della protezione della pensione

 Conto di libero passaggio Politica di libero passaggio

Banca / Ufficio postale / Assicurazione (nome, indirizzo)

Numero IBAN / conto postale

**Si prega di allegare la polizza di versamento**

**Pagamento in contanti**

*Si prega di compilare il modulo "Pagamento in contanti della prestazione di libero passaggio". Le spiegazioni sul pagamento in contanti si trovano nel foglio informativo "Pagamento in contanti della prestazione di libero passaggio".*

Firma della persona assicurata

Luogo,

Data,