



## Richiesta di rendita CPS

### 1. Uscita

Richiesta di rendita dal \_\_\_\_\_ (sempre a fine del mese)

### 2. Generalità della persona assicurata

Numero AS (AVS)

Numero personale

Data di nascita

Cognome

Nome

Cittadinanza

Via / n. civico

NPA

Luogo di domicilio

Indirizzo email (privato)

Numero di telefono (privato)

Stato civile

coniugato/a; unione registrata

nubile/celibe

leg. separato/a

divorziato/a

vedovo/a

Sì, in futuro desidero essere informato/a su aggiornamenti e attualità sul sito web della CPS e autorizzo la CPS a contattarmi al mio indirizzo elettronico:

### 3. Generalità del marito, della moglie o del/della partner registrato/a

Cognome

Nome

Numero AS (AVS)

Via / n. civico

NPA

Luogo di domicilio

Data di nascita

Cittadinanza

Numero di telefono

### 4. Generalità di figli aventi diritto

(al massimo fino al compimento del 25° anno di età, se ancora in formazione)

Cognome

Nome

Numero AS (AVS)

Via / n. civico

NPA

Luogo di domicilio

Data di nascita

Cittadinanza

Numero di telefono

Cognome

Nome

Numero AS (AVS)

Via / n. civico

NPA

Luogo di domicilio

Data di nascita

Cittadinanza

Numero di telefono

## 5. Motivo della richiesta di rendita

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pensionamento          | <input type="checkbox"/> Invalidità professionale | Causa di decesso:                   |
| <input type="checkbox"/> Pensionamento parziale | <input type="checkbox"/> Decesso                  | <input type="checkbox"/> Infortunio |
| <input type="checkbox"/> Invalidità             |   | <input type="checkbox"/> Malattia   |
| <input type="checkbox"/> Invalidità parziale    |   | <input type="checkbox"/> Suicidio   |

## 6. Avere

- |  |  |  |
|--|--|--|
| Piano di base:                                   | Conto supplementare:                             | Conto Prepensionamento:                          |
| <input type="checkbox"/> sotto forma di rendita  | <input type="checkbox"/> sotto forma di rendita  | <input type="checkbox"/> sotto forma di rendita  |
| <input type="checkbox"/> sotto forma di capitale | <input type="checkbox"/> sotto forma di capitale | <input type="checkbox"/> sotto forma di capitale |

In caso di prelievo di capitale è necessario presentare anche il formulario «Richiesta di capitalizzazione».

## 7. Rendita per il o la coniuge/convivente (pensionamenti dal 31.12.2026)

- 66,67% della rendita di vecchiaia
- 100% della rendita di vecchiaia
- 0% della rendita di vecchiaia \*

\* Le persone assicurate coniugate, in unione domestica registrata oppure in regime di convivenza sono tenute a compilare una dichiarazione di rinuncia (vedi modulo «Dichiarazione di rinuncia alla rendita CPS per il o la coniuge/convivente»). La relativa «Designazione del convivente o della convivente come beneficiario/a in caso di decesso» deve essere già in possesso della CPS.

Maggiori informazioni sono riportate nel Regolamento previdenziale (articolo 25).

## 8. Rimborso di capitale (pensionamenti dal 31.12.2026)

- Sì
- No

Maggiori informazioni sono riportate nel Regolamento previdenziale (articolo 44, capoverso 3).

## 9. Da compilare solo in caso di pensionamento parziale o invalidità parziale

|                       | Prima d. pens. parziale / parte AI | Dopo pens. parziale / parte AI |
|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| Percentuale d'impiego | %                                  | %                              |
| Salario annuo         | CHF                                | CHF                            |

## 10. Da compilare solo in caso di pensionamento anticipato

- Rendita di transizione CPS:  intera  
 mezza  
 nessuna

## 11. Da compilare solo in caso di pensionamento su iniziativa del datore di lavoro

|  | Sì                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Il datore di lavoro ha partecipato al riscatto di prestazioni nella Cassa pensioni?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Il pensionato/la pensionata percepisce una liquidazione in capitale / un'indennità di uscita dal datore di lavoro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dopo il pensionamento sussiste un contratto di lavoro con la SRG SSR?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Altro:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 12. Percezione di altre prestazioni – da compilare solo in caso di invalidità e prestazioni ai superstiti

|                  |     |        |                    |     |        |
|------------------|-----|--------|--------------------|-----|--------|
| Rendita AVS      | CHF | / mese | Rendita AM         | CHF | / mese |
| Rendita AI       | CHF | / mese | Rendita SUVA/LAINF | CHF | / mese |
| Inden. giorn. AI | CHF | / mese | Altro:             | CHF | / mese |

Si prega di allegare copia della relativa decisione o del calcolo della rendità.

## 13. Indirizzo di pagamento

|                                |             |                       |
|--------------------------------|-------------|-----------------------|
| Nome della banca / PostFinance | Numero IBAN | Indirizzo SWIFT o BIC |
|--------------------------------|-------------|-----------------------|

## 14. Allegati

Si prega di allegare la seguente documentazione:

Se vi sono figli aventi diritto:

Attestazione di formazione per figli di età superiore a 18 anni

In caso di designazione d. beneficiario/a:

Designazione firmata (se non ancora presentata)

In caso di decesso:

Atto di morte  
 Per superstiti divorziati: copia sentenza d. divorzio

## 15. Obbligo di notifica

Il/la beneficiario/a di rendita è tenuto/a a segnalare per iscritto alla Cassa pensioni SRG SSR quanto segue:

- qualsiasi modifica dell'indirizzo di domicilio o dell'indirizzo di pagamento
- modifica dello stato civile
- diritto a prestazioni delle assicurazioni sociali, in particolare prestazioni AVS/AI/LAINF
- in caso di invalidità: modifica della capacità lavorativa

## 16. Firme

La persona assicurata conferma con la propria firma di aver preso atto dell'obbligo di notifica e di aver risposto in modo veritiero e completo alla domande.

Data                      Firma della persona assicurata

.....