|  |  |
| --- | --- |
| **Fine dell’affiliazione alla CPS con rendita dal** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Generalità dell’assicurata/o | | | | | | |
| No. SS | | | | No. personale | | Data di nascita |
| Cognome | | | | Cognome da nubile/celibe | | Nome |
| Via / no. civico | | | | NPA | | Domicilio |
| Sesso | | | | Cittadinanza | | Attinente di / Paese d’origine |
| F ☐ | | M ☐ | |
| Stato civile | | | | | | |
| Nubile/celibe  ☐ | | Coniugata/o  ☐ | | Data del matrimonio | Vedova/o  ☐ | Divorziata/o  ☐ |
| In unione domestica registrata  ☐ | | | Data della registrazione | | Unione domestica sciolta  ☐ | |
| ☐ | Convivente beneficiaria/o (v. modulo “Destinazione della rendita per convivente in caso di decesso”) | | | | | |
| ☐ | Sì, desidero ricevere segnalazioni in merito ad aggiornamenti e notizie di attualità sul sito della CPS e autorizzo la CPS a contattarmi al mio indirizzo elettronico: @ | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Generalità del coniuge o partner registrato | | |
| Cognome / cognome da nubile | Nome | No. SS |
| Via / no. civico | NPA | Domicilio |
| Data di nascita | Attinente di / Paese d’origine |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Generalità dei figli aventi diritto | | |
| **Figli adottati o in affidamento: vedi Osservazioni importanti. Dopo i 18 anni: allegare certificato di studi** | | |
| **Primo figlio** | | |
| Cognome | Nome | No. SS |
| Via / no. civico | NPA | Domicilio |
| Data di nascita | Attinente di / Paese d’origine |
| **Secondo figlio** | | |
| Cognome | Nome | No. SS |
| Via / no. civico | NPA | Domicilio |
| Data di nascita | Attinente di / Paese d’origine |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Piano di previdenza | | | |
| **Primato delle prestazioni**  ☐ | **Primato dei contributi Piano A**  Retribuzione mensile  ☐ | **Primato dei contributi Piano B**  Retribuzione oraria  ☐ |
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Motivo del pensionamento | | | | | | |
| Età  ☐ | Pensionamento parziale  ☐ | Invalidità per incapacità al guadagno  ☐ | | Invalidità professionale  ☐ | | Invalidità parziale  ☐ |
| Decesso  ☐ | Data di decesso | Causa: | Infortunio  ☐ | Malattia  ☐ | Suicidio  ☐ |
|  | | Sotto forma di rendita \* | Sotto forma di capitale | |
| Conto supplementare | | ☐ | ☐ | |
| Conto prepensionamento | | ☐ | ☐ | |
| **\* =** solo se sono soddisfatte le condizioni di cui all’art. 21, cpv. 4 Regolamento CPS | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Pensionamento totale (per il prelievo di capitale compilare modulo corrispondente E) | | |
| Tasso d’occupazione prima del pensionamento | **%** |
| Salario assicurato prima del pensionamento | |
| Senza contributi volontari | **CHF** |
| Contributi volontari | **CHF** |
| Guadagno presumibilmente perso prima del pensionamento in caso di invalidità | |
| Senza assegni per i figli | **CHF** |
| Con assegni per i figli | **CHF** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Pensionamento parziale (vecchiaia o invalidità) | | |
|  | **Prima** del pens. parziale | **Dopo** il pens. parziale |
| Tasso d’occupazione | **%** | **%** |
| Salario assicurato | **CHF** | **CHF** |
| Guadagno presumibilmente perso | **CHF** | **CHF** |
| Assegni per i figli | **CHF** | **CHF** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Invalidità | | | |
|  | Sì | No | Data di notifica |
| Annunciata all’Al? | ☐ | ☐ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Prepensionamento / Prepensionamento parziale | | | |
| Rendita transitoria CPS | Intera  ☐ | Del 50 %  ☐ | Nessuna  ☐ |
| Rendita AVS anticipata | Sì  ☐ | Dall’età di | Nessuna  ☐ |
| **Pensionamento su iniziativa del datore di lavoro** | | | |
|  | | Sì | No |
| Il datore di lavoro ha partecipato al riscatto nella Cassa pensioni? | | ☐ | ☐ |
| La pensionata/il pensionato percepisce dal datore di lavoro un'indennità di capitale / un’indennità di partenza? | | ☐ | ☐ |
| Dopo il pensionamento sussiste un contratto individuale di lavoro o un contratto d'ingaggio? | | ☐ | ☐ |
| Altro | | ☐ | ☐ |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Prestazioni erogate dal 1° pilastro o da un’altra assicurazione sociale | |
| **(allegare copia decisione relativa alla rendita/prestazione)** | |
|  | Affiliata/o |
| Rendita AVS | **CHF** |
| Rendita d’invalidità Al | **CHF** |
| Indennità giornaliera Al | **CHF** |
| Rendita AM | **CHF** |
| Rendita SUVA/LAINF | **CHF** |
| Altre | **CHF** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Coordinate bancarie | | |
| Banca / Postfinance | No. IBAN | Indirizzo SWIFT o BIC |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | **Timbro e firma del datore di lavoro** |
| Data |  |  |
| Collaboratore/trice |  |
| Telefono |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Osservazioni importanti | |
| Allegare la seguente documentazione: | |
| ☐ Invalidità professionale | Decisione del Servizio medico dell’amministrazione |
| ☐ Invalidità per incapacità al  guadagno | Decisione AI della Cassa di compensazione |
| ☐ Decesso | Atto di morte  Per vedove divorziate: copia della sentenza di divorzio |
| ☐ Se vi sono figli aventi diritto a una rendita | * Contratto di apprendistato o certificato di studi per figli di età compresa tra i 18 e i 25 anni che seguono una formazione professionale * Copia libretto di famiglia / passaporto * Figli adottati o in affidamento: certificato ufficiale, estratto del registro delle famiglie, certificato versamento d. contributi di mantenimento |
| ☐ Convivente beneficiaria/o | Certificato firmato e corredato degli allegati richiesti |

|  |  |
| --- | --- |
| Obbligo di notifica | |
| Il/la titolare della rendita ha l’obbligo di segnalare quanto segue, per iscritto, alla Cassa pensioni SRG SSR:   * Modifica indirizzo (domicilio) o coordinate bancarie * Modifica dello stato civile * Diritto alle prestazioni di altre assicurazioni sociali, in particolare AVS/AI * Reddito lavorativo prima dell’età AVS * In caso d‘invalidità: modifica della capacità lavorativa | |
| **Ho preso atto dell’obbligo di notifica di cui sopra e confermo la correttezza dei dati riportati sul presente modulo.** | |
| Data | Firma dell’assicurata/o |