|  |  |
| --- | --- |
| **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 mortePer 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 |