

Domanda di versamento delle prestazioni successive

Cfr. anche promemoria Prestazioni dell'MPA

Azienda n. (PLK) _____

Richiedente

Cognome

Nome

N. assicurazione sociale (n. AVS)

Via, NPA e luogo

Data di nascita

Nazionalità

m f
Sesso

Coordinate di contatto

Indirizzo e-mail

Telefono

Impiegato/a presso (nome dell'azienda, luogo)

dal

Sì No
Sono in possesso della piena capacità lavorativa

Grado di occupazione

Contrassegnare l'opzione pertinente

Grado di occupazione attuale: _____ %

Stagionale

Disoccupato/a dal: _____

Salario lordo attuale (13esima mensilità esclusa)

Salario mensile Salario orario

Salario mensile/salario orario

Tipo di prestazione auspicata

1. Riduzione del grado di occupazione e/o cambiamento di funzione

In accordo con il mio datore di lavoro, il mio grado di occupazione si riduce/cambia a decorrere dal _____ (data).

a) Riduzione del grado di occupazione a: _____ %

b) Cambiamento di funzione

Tenendo conto dei punti a) e/o b), il nuovo salario mensile lordo ridotto ammonta a CHF _____

2. Pensionamento anticipato completo

In accordo con il mio datore di lavoro, usufruisco del pensionamento anticipato completo a decorrere dal _____ (data). Il mio attuale rapporto di lavoro con un grado di occupazione del _____ %

verrà completamente rescisso dal mio datore di lavoro a decorrere dal _____ (data). Per la gestione dell'LPP si rinvia al foglio complementare «Domanda di contributi di risparmio LPP».

Coordinate di pagamento

Bonifico postale

Conto postale n.

IBAN

Bonifico bancario Svizzera

IBAN

Bonifico bancario estero

Codice BIC/Swift

IBAN

Nome e indirizzo della banca (in caso di bonifici bancari in Svizzera o all'estero)

**Documenti
da presentare**

- «Foglio complementare: domanda di contributi di risparmio LPP» sottoscritto dal datore di lavoro e dal lavoratore/dalla lavoratrice
- Un conteggio salariale mensile dell'anno in corso
- Inoltre, in caso di incapacità lavorativa: decisione dell'AI o conteggi LAINF/IGM
- Inoltre, in caso di disoccupazione: coordinate della cassa disoccupazione/dell'URC competente e conteggio delle indennità di disoccupazione dell'anno in corso

**Conferma
dei dati**

I sottoscritti confermano la completezza e la veridicità di tutte le informazioni fornite. Sono consapevoli del fatto che informazioni incomplete o non veritiere possono portare a una riduzione delle prestazioni o a richieste di restituzione. Sono inoltre fatte salve le sanzioni ai sensi dell'art. 22 CCL MPA.

Firme

Luogo, data

Firma della persona richiedente

Timbro dell'azienda e
firma del datore di lavoro
(da omettere in caso di disoccupazione)

Inviare a

Fondazione MPA involucro edilizio
Oberwiesenstrasse 2
8304 Wallisellen

Telefono 044 244 41 50
E-mail gebaeudehuelle@vrmservices.ch
www.vrm-gebaeudehuelle.ch