

Formulario di richiesta per l'accertamento dell'obbligo di assicurazione sociale in uno Stato membro dell'UE o dell'AELS dopo l'uscita definitiva dalla Svizzera

Application form to determine social insurance liability in an EU or EFTA Member State after permanent departure from Switzerland

Dati sul richiedente

Information about the applicant

Nome (i):
Forename (s):

1° cognome: 2° cognome:
1st surname: 2nd surname:

Nationalità: Carta d'identità N°:
Nationality: Personal identity document No:

Data di nascita: N° AVS:
Date of birth: AHV – No:

Data di partenza dalla Svizzera: (allegare la notifica di partenza)
Date of leaving Switzerland: (enclose the certificate of departure)

Indirizzo in Svizzera / *Address in Switzerland:*

.....
.....
.....

Indirizzo nuovo / *New address:*

.....
.....
.....

Istituzione di previdenza in Svizzera:
Occupational benefit scheme in Switzerland:

Numero di contratto:
Contract number:

Datore di lavoro (nome + indirizzo) / *Employer (name + place):*

.....
.....
.....

In relazione agli averi della previdenza professionale, il richiedente autorizza il Fondo di garanzia LPP a trasmettere all'istituto competente dello Stato dell'UE/AELS i suoi dati personali, così come autorizza l'istituto competente dello Stato dell'UE/AELS a trasmettere al Fondo di garanzia LPP, il risultato dell'accertamento. Il Fondo di garanzia viene inoltre autorizzato ad informare tutte le parti coinvolte (istituto che gestisce l'aver e richiedente) sul risultato dell'accertamento.

The applicant authorises the LOB Guarantee Fund, for the purpose of passing on occupational benefit credit balances, to disclose his personal data to the competent body in an EU/EFTA country and authorises the competent body of a EU/EFTA country to inform the LOB Guarantee Fund of the outcome of the enquiries. The LOB Guarantee Fund is likewise authorised to inform all the parties involved (account keeping establishments and person making the application) of the outcome of the enquiries.

Il richiedente conferma la correttezza dei dati qui sopra riportati.
The applicant confirms the accuracy of the above information.

Luogo, data:
Place, date:

Firma:
Signature:

(La verifica dei requisiti richiesti per un versamento in contanti e per il pagamento della prestazione di libero passaggio avviene attraverso l'Istituto di previdenza preposto. / The competent occupational benefit scheme examines the conditions for a cash payment and payment of the vested benefit.)

Da compilare da parte dell'istituto competente straniero:
To be completed by the competent foreign body:

L'istituto competente conferma che la suddetta persona il (data del controllo),
The competent body confirms that the above person on (date of examination)

è soggetta all'assicurazione sociale obbligatoria.
is subject to the State pension insurance scheme.

non è soggetta all'assicurazione sociale obbligatoria.
is not subject to the State pension insurance scheme.

Luogo, data:
Place, date:

Firma, timbro:
Signature, stamp:

Il formulario debitamente ed integralmente compilato e firmato va inviato al Fondo di garanzia LPP, Ufficio di direzione, Casella postale 1023, CH-3000 Berna 14. Alla richiesta va allegata una **copia del passaporto o della carta d'identità** del richiedente.

*The form is to be completed, signed and sent to LOB Guarantee Fund, Business Office, Postfach 1023, CH-3000 Berne 14. A **copy of the applicant's passport or personal identity document** is to be enclosed with the application.*