

**Formulario di richiesta per l'accertamento dell'obbligo di assicurazione sociale in Gran Bretagna dopo l'uscita definitiva dalla Svizzera**

***Application form to determine social insurance liability in the United Kingdom after permanent departure from Switzerland***

**Alla richiesta devono essere allegati i seguenti documenti:**

- Copia del passaporto e della carta d'identità
- Copia della notifica di partenza  
per i frontalieri: Attestato di fine contratto di lavoro (con l'esatta data di fine contratto)
- Copia del certificato d'assicurazione oppure il conteggio di uscita dell'ultimo istituto di previdenza

***The following documents must be attached to the application:***

- *Copy of a passport or identity card*
- *Copy of confirmation of departure from the local authority of residence*  
*Frontier workers: evidence of termination of the employment relationship in Switzerland*  
*(with precise date)*
- *Copy of the insurance certificate or calculation of vested benefit from last occupational benefit scheme*

---

**Dati del richiedente**

***Information about the applicant***

Nome(i): .....

*Forename(s):*

1. Cognome: .....

*1<sup>st</sup> surname:*

2. Cognome: .....

*2<sup>nd</sup> surname:*

Nazionalità: .....

*Nationality:*

Carta d'identità N°: .....

*Personal identity document No:*

Data di nascita: .....

*Date of birth:*

N° AVS: .....

*AHV – No:*

Data di partenza dalla Svizzera (frontalieri : fine contratto di lavoro in Svizzera): .....

*Date of leaving Switzerland (frontier worker: end of employment activity):*

Indirizzo in Svizzera / *Adress in Switzerland:*

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

Indirizzo in Gran Bretagna / *Address in the United Kingdom:*

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

Istituto di previdenza in Svizzera (nome + indirizzo):

*Occupational benefit scheme in Switzerland (name + adress):*

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

Numero di contratto: .....

*Contract number:*

Datore di lavoro in Svizzera (nome + indirizzo) / Employer in Switzerland (name + adress):

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

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'avere 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: ..... Firma: .....  
*Place, date: ..... 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.*)

---

**Questa attestazione non deve essere richiesta dal richiedente, ma sarà il Fondo di garanzia LPP che la richiederà presso l'autorità straniera. La preghiamo quindi di non compilare questa parte del formulario. / *This certification should not be applied directly by the proposal. The LOB Guarantee Fund will contact the competent body.***

Da compilare dall'istituto competente straniero:  
*To be completed by the competent foreign body:*

L'istituto competente conferma che la succitata 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: ..... Firma, timbro: .....  
*Place, date: ..... 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. / *The form is to be completed, signed and sent to LOB Guarantee Fund, Business Office, Postfach 1023, CH-3000 Berne 14.*