

Richiesta di liquidazione in capitale in caso di vita

Persona assicurata

Cognome	Nome	Numero SVN
_____	_____	_____
Indirizzo	NPA e località	Stato civile
_____	_____	_____

Con la presente la persona assicurata chiede che al raggiungimento dell'età di pensionamento

l'intero avere di vecchiaia

- _____ CHF del suo avere di vecchiaia (il resto sotto forma di rendita)
- _____ % del suo avere di vecchiaia (il resto sotto forma di rendita)

sia versato sotto forma di capitale. La persona assicurata prende nota che questa dichiarazione è irrevocabile e che col versamento del capitale tutti i diritti nei confronti del istituto di previdenza relativi alla parte dell'avere vecchiaia versata si estinguono. Ciò significa che questa parte versata sotto forma di capitale non darà luogo al versamento di una rendita di vecchiaia, vedovile, per orfani o per figli di pensionato.

Se è sposata, la persona assicurata deve tassativamente far firmare anche al/alla coniuge la richiesta di liquidazione in capitale.

Località e data

Firma della persona assicurata

Mi dichiaro d'accordo con la richiesta.

Firma del coniuge

Autenticazione ufficiale di entrambe le firme