

Inviare a:
Banca Migros SA
LOANSV
Casella postale
8010 Zurigo

Versamento di capitale a partire dall'età 59/60 anni

ai sensi dell'art. 13 LPP/ art. 16 cpv. 1 OLP

<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor	Via/N.
Cognome	Casella postale
Nome	NPA / Località
Data di nascita	Paese
Conto di libero passaggio n°	Numero AVS/numero di sicurezza sociale <small>(756.xxxx.xxxx.xx)</small>

Domicilio al momento del versamento

- Svizzera (si invia una corrispondente notifica all'Amministrazione federale delle contribuzioni a Berna)
 Estero (la deduzione dell'imposta alla fonte al momento del versamento si basa sulla tariffa del Cantone di Zurigo)

Si prega di osservare le seguenti avvertenze:

- Il versamento del capitale di libero passaggio può essere effettuato non prima, rispettivamente, dei 59 anni per le donne e dei 60 anni per gli uomini.
- I versamenti parziali non sono consentiti.
- Dopo che la richiesta di versamento è stata ricevuta e approvata, un eventuale deposito viene venduto e accreditato sul conto di libero passaggio entro cinque giorni lavorativi, indipendentemente dal momento in cui è effettuato il versamento.

Il/la titolare della previdenza deve presentare i seguenti documenti:

- Le persone coniugate devono inviare la copia del proprio passaporto o carta d'identità più quella del/della coniuge.
- Le persone celibi/nubili, divorziate o vedove devono inviare un certificato individuale di stato civile recente (risalente a massimo 1 mese prima della data del versamento), nonché una copia del proprio passaporto o carta d'identità.

Indicazioni sulle modalità di versamento

Data desiderata per il versamento: <small>(entro i 3 mesi seguenti)</small>
Nome della banca che tiene il conto:
IBAN / N. conto:
Intestato al/alla titolare della previdenza:

Con la mia firma confermo la correttezza dei dati indicati nel modulo. Mi impegno con la presente a risarcire su prima richiesta alla Fondazione di libero passaggio della Banca Migros i danni eventualmente subiti da questa a seguito di indicazioni errate sul domicilio.

Data
Data

Firma del/della titolare della previdenza
Firma del/della coniuge