

Pagamento della prestazione di vecchiaia sotto forma di capitale

Datore di lavoro

Ragione sociale: _____ N° di contratto: _____

Persona assicurata

Cognome: _____ N° assicurazione sociale: 756. _____

Nome: _____ Data di nascita: _____

Indirizzo: _____ Stato civile: _____

CAP/Luogo: _____ Professione: _____

Coordinate per il pagamento

Nome della banca: _____

Indirizzo: _____

CAP/Luogo: _____

Conto (IBAN): _____

BIC, se conto estero: _____

Titolare del conto: _____

Allegati (da accludere in funzione dello stato civile)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Persona assicurata
celibe/nubile o vedova: | Certificato individuale di stato civile recente oppure
altro attestato ufficiale recente dello stato civile |
| <input type="checkbox"/> Persona assicurata sposata, separata
oppure in unione domestica registrata: | Firma autenticata del coniuge o partner davanti a un notaio,
presidente del comune, sportello del Groupe Mutuel, ecc. |
| <input type="checkbox"/> Persona assicurata divorziata: | Sentenza di divorzio e certificato individuale di stato civile recente |

Luogo e data:

Firma della persona assicurata:

Luogo e data:

Firma del coniuge o partner registrato:
