

Avviso di uscita per lavoratore dipendente

(da far compilare e firmare dal datore di lavoro)

N. di affiliazione: _____ Datore di lavoro / Medico indipendente: _____

Dati personali dell'assicurato

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Codice postale, luogo _____

Stato civile celibe/nubile coniugato/a unione domestica registrata divorziato/a vedovo/a

Telefono _____ E-mail _____

Informazioni riguardanti l'uscita

Data di uscita _____ / _____ / _____

L'uscita è possibile solo alla fine di un mese

L'assicurato gode pienamente della sua capacità di lavoro alla data di uscita? sì no

Se no, l'incapacità di lavoro è iniziata il: _____ / _____ / _____

Il sottoscritto datore di lavoro conferma che le informazioni di cui sopra sono esatte e complete.

Luogo e data _____

Timbro e firma del datore di lavoro _____

Utilizzo della prestazione di libero passaggio (opzionale)

- L'utilizzo della prestazione di uscita ci è sconosciuto
⇒ *La Fondazione AROMED si occuperà di contattare l'assicurato uscente*
- Il nuovo istituto di previdenza è noto
⇒ *Si prega di compilare la seguente sezione e di farla firmare dall'assicurato uscente*
- Si tratta di un'uscita a seguito di pensionamento
⇒ *Completare il modulo di pensionamento*

Trasferimento a un istituto di previdenza

Nome dell'istituto di previdenza _____

Indirizzo _____

Nome e indirizzo della banca _____

IBAN / Numero di conto _____

Si prega di allegare una polizza di versamento o un documento relativo al trasferimento della prestazione di uscita proveniente dal nuovo istituto di previdenza.

Data, luogo, firma dell'assicurato uscente _____ / _____ / _____, _____, _____

(da far firmare solo se l'istituto di previdenza è noto)

