

semplice. chiaro. helvetia.
La Sua Assicurazione svizzera

Indirizzo postale
Helvetia Assicurazioni
Casella postale 99
8010 Zurigo

Cessazione del servizio

Datore di lavoro

Ditta

Contratto n.

Dipendente

N. polizza

Appellativo

- ☐ Signora
☐ Signor

Nome

Cognome

Via

N.

NPA

Località

Paese

Data di nascita

Stato civile

dal, data

E-mail

La persona assicurata è pienamente in grado di lavorare o di svolgere un'attività lucrativa?

- ☐ Sì
☐ No

Nota: se l'incapacità lavorativa non ci è ancora stata notificata, si deve inoltrare il modulo [«Avviso d'incapacità lavorativa risp. di guadagno»](#).

Nota: se l'incapacità lavorativa non ci è ancora stata notificata, si deve inoltrare il modulo [«Avviso d'incapacità lavorativa risp. di guadagno»](#).

Dati relativi alla cessazione e prestazioni d'uscita

Fine del rapporto di lavoro

La cessazione avviene per motivi di ristrutturazione dell'azienda?

- ☐ Sì
☐ No

Per le persone con più di 58 anni: Il prepensionamento è regolamentato da un contratto collettivo di lavoro?

- ☐ Sì
☐ No

conformemente a

Prestazione d'uscita

Si sa come viene impiegata la prestazione d'uscita?

- ☐ Non noto
☐ Entrata nel nuovo istituto di previdenza

Nuovo istituto di previdenza

Istituto di previdenza

Nome dell'istituto di previdenza

Nome supplementare

Indirizzo

Via

N.

NPA

Luogo

Paese

Dettagli del conto e Contratto n.

IBAN n.

N. di conto

N. di riferimento

Contratto n.

Il nuovo datore di lavoro è noto?

- ☐ Sì
☐ No

Nuovo datore di lavoro

Nome del nuovo datore di lavoro

Via

N.

NPA

Luogo

Paese

Documentazione

Documenti allegati:

Nota: Richiediamo al vostro collaboratore ulteriori informazioni sull'utilizzo della prestazione d'uscita.

In che modo il dipendente deve ricevere il modulo corrispondente?

- ☐ L'azienda fa pervenire al collaboratore il modulo necessario.
- ☐ Il collaboratore deve ricevere il modulo per e-mail.
- ☐ La fondazione deve inviare il modulo per posta al collaboratore.

Indirizzo e-mail privato del collaboratore

Si prega di consegnare il seguente modulo al proprio dipendente per raccogliere maggiori informazioni sull'utilizzo della prestazione d'uscita. Questo modulo deve essere compilato dal proprio dipendente e rispedito a noi debitamente firmato.

1. Trasferimento della prestazione di libero passaggio al nuovo istituto di previdenza (nuovo impiego)
2. Apertura conto/polizza di libero passaggio, pagamento in contanti (nessun nuovo impiego)

Conferma datore di lavoro

☐ Con la presente dichiaro che le informazioni fornite sono veritiere.

Questa notifica è stata registrata da

Nome

Cognome

Il vostro e-mail per eventuali richieste di risarcimento

Protezione dei dati

Tutti i dati personali sono trattati in conformità con la legislazione applicabile in materia:

Per la previdenza professionale obbligatoria si applicano le disposizioni sulla protezione dei dati statuite dalla LPP (art. 85a e seguenti). Le disposizioni della LPD sono applicabili a titolo complementare. Per la previdenza professionale puramente sovraobbligatoria si applica la LPD (informazioni in merito, come ad es. l'identità e i dati di contatto delle persone responsabili, gli scopi del trattamento, ecc. sono disponibili su www.helvetia.ch/protezionedeidati).