

Pagamento per somma minima

Zugerberg Fondazione di libero passaggio o
Fondazione di libero passaggio Wildspitz

Numero di conto

Numero di conto

DATI PERSONALI DEL CONTRAENTE DELLA COPERTURA PREVIDENZIALEZ

Appella- tivo	Sig.ra	Sig.	Titolo			
Cognome				Nome		
Via / Numero civico				NPA / Luogo		
Data di nascita				Numero di previdenza sociale		
Telefono				E-mail		

REQUISITI PER UN PAGAMENTO

Averi presso l'ultima cassa pensioni inferiori al contributo annuo del collaboratore	si	no (non è possibile effettuare il prelievo)
Sono iscritto a una cassa pensioni	si (non è possibile effettuare il prelievo)	no

DOCUMENTI RICHIESTI

Certificato di previdenza dell'ultimo istituto di previdenza

FIRMA E CONFERMA

Con la firma, l'intestatario della previdenza conferma l'esattezza e la completezza della presente domanda.

Luogo, data		Firma del contraente della copertura previdenziale	
-------------	--	---	--

Con la firma, il coniuge / partner registrato fornisce il proprio consenso al pagamento.

Luogo, data		Firma del coniuge / partner registrato	
-------------	--	---	--

CONSEGNA PER POSTA

Si prega di inviare il modulo compilato con tutti i documenti pertinenti a:

Zugerberg Fondazione di libero passaggio
Lüssiweg 47
CH-6302 Zugo

o

Fondazione di libero passaggio Wildspitz
Lüssiweg 47
CH-6302 Zugo