HOTELA

Previdenza professionale

Richiesta di prestazioni di vecchiaia

01/2023

I vostri dati personali

Cognome ..... N° AVS .....

Nome ..... Data di nascita .....

Indirizzo privato .....

.....

Stato civile ☐ nubile/celibe ☐ sposato(a) ☐ Unione domestica
☐ vedova(a) ☐ divorziato(a) ☐ Unione domestica disciolta

Allegare un certificato di stato civile attuale (Data di rilascio inferiore a 3 mese)

Figli

Il beneficiario di una rendita di vecchiaia ha diritto ad una rendita per ogni figlio, fino al compimento dei 18 anni o, qualora fosse in formazione, fino ai 25 anni.

☐ Figli fino a 18 anni – Da allegare atto di nascita

☐ Figli dai 18 ai 25 anni – Da allegare atto di nascita ed attestato di frequenza scolastica o formazione professionale.

Vogliate scegliere fra **A, B, C** o **D**

A ☐ **Pensionamento all'età ordinaria (64 anni per le donne – 65 anni per gli uomini)**

B ☐ **Pensionamento anticipato totale (dall'età di 59 anni per le donne – 60 anni per gli uomini)**
Dopo il pensionamento anticipato, nessuna prestazione d'invalidità sarà presa a carico.

Data del pensionamento .....

Concerne **A** o **B**

Desidero ottenere

☐ Una **rendita di vecchiaia** calcolata sul mio avere di vecchiaia alla data del mio pensionamento oppure

☐ Una liquidazione del mio **avere di vecchiaia** alla data del mio pensionamento oppure

☐ Una **liquidazione parziale** di CHF ..... accompagnata da una **rendita di vecchiaia** calcolata sull'avere restante alla data del mio pensionamento

C ☐ **Pensionamento in caso di riduzione della percentuale d'attività di almeno del 20% (dall'età di 59 anni per le donne – 60 anni per gli uomini)**

Percentuale d'attività attuale ..... % Salario AVS lordo attuale CHF .....

Nuova percentuale d'attività ..... % Salario AVS lordo previsto CHF .....

Data d'inizio della riduzione della percentuale d'attività .....

Desidero ottenere

☐ Una **rendita di vecchiaia** calcolata sulla base della riduzione mia percentuale d'attività oppure

☐ Una **liquidazione** corrispondente alla riduzione della mia percentuale d'attività oppure

☐ Una **liquidazione parziale** di CHF ..... accompagnata da una **rendita di vecchiaia** calcolata sulla base della riduzione della mia percentuale d'attività

HOTELA

D ☐ **Mantenimento della mia previdenza al di là dell'età ordinaria del pensionamento**

Se proseguite l'attività lucrativa al di là dell'età ordinaria di pensionamento (dall'età di 64 anni per le donne – 65 anni per gli uomini) potete richiedere il proseguimento dei versamenti dei vostri contributi.

Il datore di lavoro deve confermare il mantenimento della previdenza con il suo timbro e la sua firma su questo formulario. L'obbligazione del datore di lavoro termina congiuntamente alla fine dei rapporti di lavoro, ma al più tardi all'età di 70 anni.

Desidero ottenere

☐ Una **rendita di vecchiaia** calcolata sul mio avere di vecchiaia acquisito alla data del mio pensionamento differito oppure

☐ Una **liquidazione della totalità** del mio avere di vecchiaia acquisito alla data del mio pensionamento

☐ Un **liquidazione parziale** di CHF ..... accompagnata da una **rendita di vecchiaia** calcolata sull'avere restante

Conferma da parte del datore di lavoro del mantenimento della previdenza al di là dell'età ordinaria del pensionamento

In qualità di datore di lavoro, confermiamo il mantenimento della previdenza professionale oltre l'età ordinaria del pensionamento per il nostro collaboratore. A tale proposito, abbiamo letto e reso conoscenza delle condizioni indicate nel Regolamento e nel piano di previdenza.

Luogo e data ..... Timbro e firma .....

Indirizzo di pagamento

☐ Per posta CCP in Svizzera .....

☐ Per banca Nome della banca .....

CAP, luogo .....

SWIFT (BIC) .....

IBAN .....

Titolare del conto .....

IMPORTANTE:

- Allegare un certificato di stato civile attuale (Data di rilascio inferiore a 3 mese)
- I pagamenti in contanti possono essere effettuati solo su un conto bancario o postale aperto a nome della persona assicurata. Le prestazioni sono versate esclusivamente in franchi svizzeri.

Firma

Luogo, data, firma dell'assicurato(a) .....

Luogo, data, firma del coniuge/partner .....

Autenticatatene della firma

La firma del coniuge/partner in unione domestica registrata deve essere **autenticata** da un organismo ufficiale: notaio, banca o controllo degli abitanti. .....

Da rinviare completata, datato e firmata a: HOTELA Fondo di previdenza

Rue de la Gare 18 • Case Postale 1251 • 1820 Montreux 1 • T. 021 962 49 49 • info@hotela.ch • www.hotela.ch