

Richiesta LPP di versamento in contanti in seguito di avvio di un'attività lucrativa indipendente

Dati personali della persona assicurata

Cognome _____
Nome _____
Via, CP, luogo _____
Data di nascita _____
N° AVS _____
Stato civile _____

Dichiarazione

La persona assicurata conferma di essere registrata come lavoratore indipendente nella sua attività principale dal _____ e di essere registrata come tale presso la Cassa di compensazione.

Svolge altre attività lucrative? sì no

Indipendente o impiegato/a

In caso affermativo, si prega di ammontare i redditi imponibili e gradi di occupazione dalle singole attività e di allegare i documenti concernenti

È iscritta alla cassa di disoccupazione? sì no

La Sua cassa di compensazione ha già emesso la fissazione dei contributi o una decisione? sì no

In caso affermativo, si prega di allegare la copia

Ha affittato i Suoi locali commerciali o luoghi di lavoro? sì no

In caso affermativo, si prega di allegare la copia del contratto di locazione

Ci sono già ordini da parte dei clienti? sì no

Fattura a Suo nome (non tramite terzi) e Le assuma il rischio di riscossione? sì no

Procura Lei stesso i Suoi ordini (ad es. tramite pubblicità, contatti privati, proprio sito internet o simile)? sì no

In caso affermativo, si prega di allegare la copia del materiale pubblicitario, biglietto da visita e/o specificare il sito internet

Ha orari di lavoro prescritti o deve redigere rapporti di lavoro? sì no

Procura il Suo materiale per conto Suo? sì no

La persona assicurata riconosce che la Cassa pensione si riserva il diritto di rifiutare il versamento in contanti fino a quando non abbia ricevuto tutti i documenti necessari e non siano stati soddisfatti i requisiti per il versamento in contanti se non si dimostri in modo convincente che si eserciti un'attività lucrativa indipendente come professione principale.

Con la sua firma, la persona assicurata conferma di rinunciare irrevocabilmente a tutte le prestazioni, comprese eventuali prestazioni in aspettativa derivanti da questo rapporto previdenziale a saldo di tutte le pretese e riconosce che non è possibile richiedere ulteriori prestazioni in futuro.

Indirizzo di pagamento

Indirizzo di versamento _____ (IBAN)

Nome banca / posta _____

Per l'estero SWIFT / BIC _____ Clearing _____

Firma della persona assicurata:

Luogo / data

Firma

Firma autenticata del coniuge o del partner registrato:

Luogo / data

Firma

Nel caso di persone non sposate e non viventi in unione domestica registrata, è richiesto il certificato dello stato civile datato non oltre i 3 mesi.