

## Richiesta di pensionamento

N. di affiliazione: \_\_\_\_\_ Datore di lavoro / Medico indipendente: \_\_\_\_\_

### DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO

Cognome : \_\_\_\_\_ Nome : \_\_\_\_\_  
 Via, n°: \_\_\_\_\_ Codice postale, località: \_\_\_\_\_  
 N°AVS : \_\_\_\_\_ Data di nascita : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Stato civile : ☐ celibe / nubile ☐ coniugato/a ☐ unione domestica registrata ☐ divorziato/a ☐ vedovo/a  
 Telefono : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

### DATI PERSONALI DEL CONIUGE

Cognome : \_\_\_\_\_ Nome : \_\_\_\_\_  
 N° AVS : \_\_\_\_\_ Data di nascita : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### INDICAZIONI RIGUARDANTI L'USCITA

Data di pensionamento (totale o parziale)  
*Il pensionamento è possibile solo alla fine di un mese* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Gode della sua piena capacità di lavoro alla data di uscita ? ☐ sì ☐ no  
 Se no, l'incapacità di lavoro è iniziata il : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Desidera rimanere membro dell'Associazione dei medici della Svizzera romanda (AROMED) ? ☐ sì ☐ no

### TIPO DI PENSIONAMENTO

Si tratta di un pensionamento parziale? (Ai sensi dell'Art. 32 del regolamento di previdenza) ☐ sì ☐ no  
 Se sì, completare i seguenti dati :  
 1. Tasso di attività/occupazione : Attuale : \_\_\_\_\_ % Nuovo : \_\_\_\_\_ %  
 2. Nuovo salario annuo determinante : Attuale CHF : \_\_\_\_\_ Nuovo CHF : \_\_\_\_\_

**Per poter beneficiare di un pensionamento parziale, la riduzione del tasso di attività e dello stipendio deve essere almeno del 20%. La prestazione di vecchiaia percepita sarà quindi proporzionale a tale riduzione.**



## FORMA DI PRESTAZIONE DI VECCHIAIA

Desidero ricevere la mia pensione di vecchiaia secondo la/e scelta/e di seguito (diverse opzioni possibili) :

- ☐ Versamento solo sotto forma di **capitale**
- ☐ Un **versamento parziale** sotto forma di capitale, ossia CHF \_\_\_\_\_ e il saldo sotto forma di una rendita
- ☐ Rendita Sotto forma di **rendita con Retraites Populaires** - Quota del capitale da assegnare: CHF \_\_\_\_\_
- ☐ Sotto forma di **rendita secondo il piano C** - Quota del capitale da assegnare: CHF \_\_\_\_\_ (massimo 500.000 CHF)

## COORDINATE DI VERSAMENTO DELL'ASSICURATO — CONTO 1 (PER VERSAMENTO SOTTO FORMA DI RENDITA E/O CAPITALE)

Cognome/nome del titolare del conto : \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo della banca : \_\_\_\_\_

IBAN / Numero di conto : \_\_\_\_\_

## COORDINATE DI VERSAMENTO DELL'ASSICURATO — CONTO 2 (PER VERSAMENTO SOTTO FORMA DI CAPITALE)

Cognome/nome del titolare del conto : \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo della banca : \_\_\_\_\_

IBAN / Numero di conto : \_\_\_\_\_

## FIRMA/E

Il sottoscritto conferma l'esattezza e la completezza delle indicazioni di cui sopra.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma dell'assicurato

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma del coniuge / partner registrato

Autenticazione della firma del coniuge\*



**DOCUMENTI RICHIESTI****Documenti da allegare in caso di prestazione di pensione sotto forma di rendita :**

- ☐ Copia del documento di identità dell'assicurato
- ☐ Offerta di previdenza individuale di Retraites Populaires (in caso di rendita di Retraites Populaires)

**Documenti da allegare in caso di prestazione di pensione sotto forma di capitale per persone coniugate :**

- ☐ Copia del documento di identità dell'assicurato
- ☐ Copia del documento di identità del coniuge
- ☐ Firma del coniuge sul presente modulo con autenticazione della firma\*

**Documenti da allegare in caso di prestazione di pensione sotto forma di capitale per persone non coniugate :**

- ☐ Copia del documento di identità dell'assicurato
- ☐ Copia di un certificato di stato civile datato di meno di un mese

**\*Autenticazione della firma**

Per il versamento della prestazione di vecchiaia sotto forma di capitale, la firma del suo coniuge o partner registrato deve essere ufficialmente autenticata da un notaio o dal suo comune su presentazione del suo passaporto, della sua carta di identità o del suo permesso di soggiorno per stranieri. L'autenticazione non deve essere più vecchia di tre mesi al momento del suo pensionamento e le relative spese sono a suo carico.

*I suoi dati personali sono trattati in conformità all'informativa sulla privacy disponibile su <https://aromed.ch/it/informativa-sulla-privacy/>. L'informativa sulla privacy descrive in particolare i suoi diritti in relazione al trattamento dei dati e le informazioni di contatto del nostro consulente della protezione dei dati.*

