

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?

- ☐ No  
☐ Sì

**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?

- ☐ No

☐ Sì

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?

☐ No

☐ Sì

## 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?

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

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

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

Questa notifica è stata registrata da

Nome

Cognome