

Richiesta di proroga dell'accordo di previdenza

Contraente della copertura previdenziale

Numero cliente	Numero piano
Nome	Cognome
Stato civile	Via, numero
NPA	Località
Data di nascita	Numero di assicurazione sociale
N. di telefono	E-mail

Base giuridica

ordinanza sulla legittimazione alle deduzioni fiscali per i contributi a forme di previdenza riconosciute (OPP 3)

Art. 3 cpv. 1

Le prestazioni di vecchiaia possono essere versate al più presto cinque anni prima del raggiungimento dell'età di riferimento secondo l'articolo 13 capoverso 1 LPP. Esse diventano esigibili al raggiungimento dell'età di riferimento. Se il contraente della copertura previdenziale dimostra che continua a esercitare un'attività lucrativa, la riscossione delle prestazioni può essere rinviata al massimo fino a cinque anni dopo il raggiungimento dell'età di riferimento.

Art. 7 cpv. 3

I contributi a forme riconosciute di previdenza possono essere versati al più tardi fino a cinque anni dopo il raggiungimento dell'età di riferimento.

Art. 7 cpv. 4

Nell'anno in cui termina l'attività lucrativa può essere versato l'intero contributo.

Documentazione da presentare

- Lavoratori dipendenti: conferma scritta del datore di lavoro che l'attività lucrativa prosegue oltre l'età di riferimento AVS.
- Lavoratori indipendenti: conferma scritta della cassa di compensazione AVS che continuano ad essere versati contributi AVS.

Dichiarazione del contraente della copertura previdenziale per la proroga dell'accordo di previdenza

Con la firma della presente richiesta

- confermo di aver preso atto delle disposizioni di legge sopra indicate.
- dichiaro di continuare ad esercitare un'attività lucrativa e di voler rinviare il prelievo della mia prestazione di vecchiaia.
- mi impegno a informare la Fondazione su eventuali modifiche in merito.

Prendo atto che nel caso dell'eventuale accertamento a posteriori di un mancato adempimento delle condizioni per l'attività lucrativa, avrà luogo l'annullamento dei versamenti indebiti o il saldo del mio conto.

Luogo	Data	Firma del contraente della copertura previdenziale
_____	_____	_____

Inviare il presente modulo a:

Indirizzo per l'invio:

Indirizzo per l'invio:

Utilizzare questo foglio di accompagnamento se i documenti vengono inviati in una busta a finestra.