

Domanda di versamento delle prime prestazioni

Cfr. anche promemoria Prestazioni dell'MPA

Azienda n. (PLK) _____

Richiedente

_____	_____	_____
Cognome	Nome	N. assicurazione sociale (n. AVS)

Via, NPA e luogo		
_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f
Data di nascita	Nazionalità	Sesso
Coordinate di contatto		
_____	_____	_____
Indirizzo e-mail	Telefono	
_____	_____	_____
Impiegato/a presso (nome dell'azienda, luogo)	dal	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Sono in possesso della piena capacità lavorativa		

Prova dell'anzianità di servizio

Hanno diritto alle prestazioni dell'MPA Involucro edilizio le collaboratrici e i collaboratori che hanno lavorato per almeno 15 anni, di cui gli ultimi 7 prima di riscuotere le prestazioni ininterrottamente, in un'azienda che rientra nel campo di applicazione del CCL-MPA Involucro edilizio. Per la registrazione dei suoi rapporti di lavoro voglia utilizzare il foglio complementare «Domanda di versamento delle prime prestazioni».

Grado di occupazione

Contrassegnare l'opzione pertinente	Salario lordo attuale (13esima mensilità esclusa)
<input type="checkbox"/> Grado di occupazione attuale: _____ %	<input type="checkbox"/> Salario mensile <input type="checkbox"/> Salario orario
<input type="checkbox"/> Stagionale	_____
<input type="checkbox"/> Disoccupato/a dal: _____	Salario mensile/salario orario

Tipo di prestazione auspicata

1. Riduzione del grado di occupazione e/o cambiamento di funzione

In accordo con il mio datore di lavoro, il mio grado di occupazione si riduce/cambia a decorrere dal _____ (data).

- a) Riduzione del grado di occupazione a: _____ %
b) Cambiamento di funzione

Tenendo conto dei punti a) e/o b), il nuovo salario mensile lordo ridotto ammonta a CHF _____

2. Pensionamento anticipato completo

In accordo con il mio datore di lavoro, usufruisco del pensionamento anticipato completo a decorrere dal _____ (data). Il mio attuale rapporto di lavoro con un grado di occupazione del _____ % verrà completamente rescisso dal mio datore di lavoro a decorrere dal _____ (data). Per la gestione dell'LPP si rinvia al foglio complementare «Domanda di contributi di risparmio LPP».

Coordinate di pagamento

<input type="checkbox"/> Bonifico postale	_____	_____
	Conto postale n.	IBAN
<input type="checkbox"/> Bonifico bancario Svizzera	_____	_____
		IBAN
<input type="checkbox"/> Bonifico bancario estero	_____	_____
	Codice BIC/Swift	IBAN

Nome e indirizzo della banca (in caso di bonifici bancari in Svizzera o all'estero)		

continua alla pagina seguente →

Documenti da presentare

- «Foglio complementare: domanda di versamento delle prime prestazioni» sottoscritto dal lavoratore o dalla lavoratrice
- «Foglio complementare: domanda di contributi di risparmio LPP» sottoscritto
- Certificati o attestati di lavoro per comprovare i 15 anni di attività nel ramo involucro edilizio (cfr. foglio complementare)
- Estratto del conto individuale AVS (da richiedere alla cassa di compensazione AVS)
- Copia del passaporto o della carta d'identità
- Copia di tutti i conteggi salariali mensili dell'anno in corso e dell'anno precedente
- Un conteggio salariale mensile per il secondo e il terzo anno precedenti
- Certificati di salario degli ultimi 3 anni
- Se disponibile: estratto del conto salariale dell'anno in corso e degli ultimi 3 anni
- Conferma firmata dal datore di lavoro concernente il rapporto di lavoro attuale; informazioni pertinenti e copia di un estratto attuale del registro di commercio se il/la richiedente è o è stato/a titolare o socio dell'azienda nell'arco degli ultimi 15 anni oppure detiene o ha detenuto una quota del 10% o più del capitale sociale.
- Inoltre, in caso di incapacità lavorativa: decisione dell'AI o conteggi LAINF/IGM
- Inoltre, in caso di disoccupazione: coordinate della cassa disoccupazione/dell'URC competente e conteggio delle indennità di disoccupazione dell'anno in corso

Conferma dei dati

I sottoscritti confermano la completezza e la veridicità di tutte le informazioni fornite. Sono consapevoli del fatto che informazioni incomplete o non veritiere possono portare a una riduzione delle prestazioni o a richieste di restituzione. Sono inoltre fatte salve le sanzioni ai sensi dell'art. 22 CCL MPA.

Firme

Luogo, data	Firma della persona richiedente	Timbro dell'azienda e firma del datore di lavoro (da omettere in caso di disoccupazione)

Inviare a

Fondazione MPA involucro edilizio
Oberwiesenstrasse 2
8304 Wallisellen

Telefono 044 244 41 50
E-mail gebaeudehuelle@vrmservices.ch
www.vrm-gebaeudehuelle.ch