



Revoca intera o parziale del rinvio della rendita

Identità

Cognome

Nome

Data di nascita

N° AVS

E-mail

N° di telefono

Se il modulo viene compilato da un/a rappresentante, indicare il Suo/Vostro recapito:

Cognome, nome, via, CAP, località

Dalla domanda di rendita di vecchiaia sono intervenute delle variazioni nella Sua situazione personale (stato civile, nascita/accoglienza di un figlio, cambiamento d'indirizzo, ecc.)?

sì no

Se la risposta è sì, La preghiamo di comunicare le variazioni/gli eventi qui di seguito ed allegare a questo modulo i relativi documenti giustificativi.

Informazioni importanti

- Se ha continuato a lavorare dopo aver raggiunto l'età di riferimento, i redditi della Sua attività lavorativa conseguiti durante questo periodo possono essere considerati per il ricalcolo della rendita fino al compimento dei 70 anni. Inoltre, i periodi contributivi maturati in questo periodo possono essere presi in considerazione per colmare eventuali lacune contributive sorte prima dell'età di riferimento, a condizione che i redditi per anno civile ammontino almeno al 40% del reddito medio conseguito prima del raggiungimento dell'età di riferimento.
- La richiesta di un nuovo calcolo della rendita dopo l'età di riferimento può essere presentata una sola volta.

Vedi a tergo

Versamento della rendita

A partire da quale data desidera riscuotere la rendita?

Mese / anno: _____
(al più presto il mese successivo all'inoltro del presente modulo)

Deve essere versata l'integralità della percentuale della rendita di vecchiaia rinviata?

- sì, desidero una revoca intera del rinvio
- no, desidero una revoca parziale del rinvio

Se la risposta è no, si prega di indicare qui di seguito quale quota o quale importo della rendita di vecchiaia desidera riscuotere (un'unica scelta possibile):

- desidero ricevere una quota della rendita di _____ % (minimo 20%, massimo 80%)
- desidero ricevere una rendita mensile di CHF _____
(quest'importo è puramente indicativo, deve essere compreso tra il 20% e l'80% della rendita)

Data

Firma

Questo modulo dev'essere inviato **per posta** al seguente indirizzo:

Cassa svizzera di compensazione
Casella postale 3100
1211 Ginevra 2
Svizzera

oppure **tramite e-mail** all'indirizzo: sedmaster@zas.admin.ch