Richiesta di prestazioni di vecchiaia	Form P	Livica Fondazione collettiva

N° AS (N° AVS)		(lasciare libero)
Cognome e nome		
Via e n°		
CAP, luogo		

N° AS (AVS) del/la coniuge risp. partner registrato/a	
Cognome/nome del/la coniuge risp. partner registrato/a	
Data di nascita del/la coniuge risp. partner registrato/a	

Data di pensionamento	
Modo di pensionamento	☐ completo
	☐ parziale: Riduzione del grado d'occupazione %
Forma della prestazione	☐ **Rendita** 100 %
	☐ **Capitale**[1)] 100 %
	☐ **Capitale**[1)] CHF risp. % *(il resto come rendita)*
	Importante nel caso della prestazione in capitale (totale o parziale): Per la firma del coniuge/del partner registrato(a) è necessario di allegare al formulario una copia di un documento d'identità (passaporto, carta d'identità, licenza di condurre, permesso di soggiorno per stranieri)!

Percepisce prestazioni dell'AI federale?	☐ non	☐ si
Ha richiesto prestazioni dell'AI federale?	☐ non	☐ si

Pagamento delle prestazioni	
N° Postfinance	
Banca	
IBAN	

Data	
Firma della persona assicurata	Firma del/la coniuge/ partner registrato/a

[1)] Questa opzione richiede la firma del coniuge risp. del partner registrato(a)

☒ Indicare con una x ciò fa del caso

Inviare a: Livica Fondazione colletiva | Casella postale | 3000 Berna 22