

Domanda di liquidazione in capitale

Secondo l'art. 3.2. del regolamento Ascaro Vorsorgestiftung

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ CAP / Luogo _____

Data di nascita _____ Stato civile _____

Al pensionamento desidero ricevere

una quota del _____% oppure una somma di CHF _____

in contanti.

Mi rendo conto che la domanda è irrevocabile.

Luogo / Data

Firma dell'assicurato/a

Luogo / Data

Firma del coniuge*

* allegare una copia di passaporto oppure carta d'identità.