

Conto previdenza 3a n. _____

Richiesta di rimborso Conto previdenza 3a (prelievo ordinario)

Si prega di inviare a: **Fondazione Risparmio 3 della Banca CIC (Svizzera) SA**, c/o Banca CIC (Svizzera) SA, Marktplatz 13, 4001 Basilea

L'intestatario della previdenza di seguito indicato incarica la Fondazione Risparmio 3 di Banca CIC (Svizzera) SA di estinguere il rapporto previdenziale e di erogare il capitale resosi disponibile come riportato di seguito.

Intestatario della previdenza ¹

Signor	Signora
Cognome:	Nome:
Via, nr.:	NPA, località:
Stato civile:	Data di nascita:
Nazionalità:	Telefono:

Motivo dell'erogazione

Raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria AVS, raggiungimento dell'età massima in caso di prosecuzione dell'attività lavorativa (max 5 anni dopo il raggiungimento dell'età pensionabile AVS) oppure **erogazione anticipata** (max 5 anni prima del raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria AVS)

Data di erogazione

Data di erogazione:

Sono possibili solo date future (max 3 mesi dalla data della richiesta).

Istruzioni di erogazione beneficiario

Nome e indirizzo della banca/dell'istituto di previdenza _____

Nr. di clearing della banca _____

IBAN/numero di conto _____

Cognome/Nome del titolare del conto _____

Vi prego di trasferire il mio avere di previdenza su un nuovo **cleverinvest** da aprire presso la Banca CIC*.

Vi prego di trasferire il mio avere di previdenza su un nuovo **conto di risparmio** da aprire presso la Banca CIC*.

Richiedo un colloquio di consulenza presso la Banca CIC (Svizzera) SA relativamente alle ulteriori opportunità di investimento del mio avere previdenziale. Telefonatemi preferibilmente tra le ore _____ e le ore _____.

* Informazioni per cleverinvest sono disponibili su cic.ch/cleverinvest e per le soluzioni di conto su cic.ch/tariffe.



¹ Tutte le denominazioni sono riferite anche alle persone di sesso femminile.

Pagina 2 su 2

Confermo la correttezza e la completezza dei dati sopraindicati. La Fondazione Risparmio 3 di Banca CIC (Svizzera) SA ha facoltà di compiere ulteriori accertamenti, se ritenuti necessari.

Luogo e data:

Firma dell'intestatario previdenza ovvero del richiedente:

Per uso interno

Data: _____

Nome RM: _____

Visto RM: _____