Da spedire a :
info@cpk.swatchgroup.com (Formato PDF)

Caisse de pensions Swatch Group
Faubourg de l'Hôpital 3
Case postale 2016
CH-2001 Neuchâtel

Acquisti di prestazioni

Cognome, nome : Id. AVS :

E-mail di contatto :

---

1. Al momento, è in stato di incapacità lavorativa ? ☐ sì ☐ no

2. Dispone di averi di previdenza presso altre istituzioni di previdenza o di libero passaggio ? ☐ sì ☐ no
   In caso affermativo, la preghiamo di allegare l'estratto o gli estratti conto recenti

3. Ha beneficiato di uno o più prelievi per la promozione della proprietà d'abitazione presso altre istituzioni di previdenza ? ☐ sì ☐ no

4. Nel corso della sua carriera professionale, ha esercitato un'attività in qualità di lavoratore indipendente ? ☐ sì ☐ no
   In caso affermativo, ha versato contributi al pilastro 3a durante tale periodo ? ☐ sì ☐ no
   Allegare l'estratto o gli estratti conto e/o la conferma o le conferme fiscali al 31.12 dell'anno precedente

5. È arrivato/a dall'estero nel corso degli ultimi 5 anni ? ☐ sì ☐ no
   In caso affermativo, la preghiamo di indicare le date :
   del suo arrivo in Svizzera :
   della sua prima affiliazione a un'istituzione di previdenza del 2° pilastro in Svizzera :

6. Ha già percepito prestazioni di vecchiaia (rendita o capitale) da altre istituzioni di previdenza professionale o di libero passaggio ? ☐ sì ☐ no
   In caso affermativo, la preghiamo di indicare i seguenti elementi :
   Importo/i percepito/i :
   Nome e indirizzo dell'istituzione di previdenza o di libero passaggio :

Importo del versamento: CHF Data valuta del versamento:

Al fine di garantire la contabilizzazione del suo versamento nel periodo fiscale in corso, la preghiamo di procedere al versamento entro e non oltre il **15 dicembre**.

Gli acquisti di prestazioni sono, in linea di principio, deducibili dalle imposte. Desideriamo tuttavia richiamare la sua attenzione sul fatto che le autorità fiscali considerano un'erogazione di prestazioni in forma di capitale nei tre anni successivi all'acquisto come un abuso fiscale.

Con la mia firma confermo che tutte le indicazioni fornite sono complete e veritiere.

Data : Firma :