

# Domanda di proseguimento della previdenza per la vecchiaia con ÖKK Previdenza professionale in base al CCL PEAN

Sulla base del contratto collettivo di lavoro per il pensionamento flessibile nel settore dell'edilizia principale (CCL PEAN), desidero proseguire irrevocabilmente la previdenza professionale in seno a ÖKK Previdenza professionale per la durata della rendita transitoria concessa dalla Fondazione FAR e nel quadro delle disposizioni regolamentari e di quelle seguenti.

Persona assicurata n.:	Datore di lavoro precedente:
Nome:	Cognome:
Via e n.:	NPA e località:
Data di nascita:	Pensionamento anticipato da:

ÖKK Previdenza professionale si occupa di proseguire con la gestione del conto di risparmio della persona assicurata per la durata della rendita transitoria concessa dalla Fondazione FAR fino al pensionamento ordinario regolamentare (età di riferimento 65 anni).

Tutti i diritti alle prestazioni di rischio (come le rendite di invalidità, vedovili, per orfani e per figli) garantiti da ÖKK Previdenza professionale decadono nel momento in cui la Fondazione FAR inizia a erogare le prestazioni di rendita o all'inizio del pensionamento anticipato. ÖKK Previdenza professionale si occupa esclusivamente di proseguire con la gestione del conto di risparmio della persona assicurata fino al suo pensionamento ordinario regolamentare (al momento a 65 anni).

Se al momento del pensionamento ordinario la persona assicurata intende optare per il pagamento in capitale invece della rendita di vecchiaia è tenuta/o a comunicarlo prima della data del pensionamento ordinario tramite l'apposito modulo e osservando il periodo di notifica regolamentare.

Se la persona assicurata muore dopo l'inizio del pensionamento anticipato e prima del pensionamento ordinario ai sensi dell'AVS, il suo capitale di vecchiaia disponibile viene versato come pagamento una tantum e a saldo di tutte le pretese agli aventi diritto, secondo le disposizioni regolamentari di ÖKK Previdenza professionale in vigore al momento del suo decesso.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma della persona assicurata: \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma del datore di lavoro precedente: \_\_\_\_\_