



## Domanda di prestazioni MPA

### Informazioni importanti relative alla domanda

#### Hanno diritto alle prestazioni le persone che:

- sono state soggette all'obbligo contributivo per almeno 15 anni, di cui gli ultimi 7 anni prima dell'inizio delle prestazioni secondo il CCL-MPA Pittura e gessatura;
- al momento dell'inizio della rendita sono abili al lavoro nella misura dell'attività precedentemente esercitata;
- si trovano a 5 anni o meno dall'età ordinaria di riferimento AVS.

#### Informazioni relative all'inoltro della domanda:

La domanda di prestazioni deve essere inoltrata **almeno 6 mesi prima** dell'inizio desiderato della rendita, ma non più di 12 mesi prima.

In caso di inoltro tardivo della domanda, l'inizio della rendita viene posticipato del termine corrispondente.

### Persona richiedente

<input type="text"/> Cognome	<input type="text"/> Nome		
<input type="text"/> Via	<input type="text"/> NPA/Luogo		
<input type="text"/> Data di nascita	<input type="text"/> N. di assicurazione sociale (n. AVS)	<input type="text"/> Nazionalità	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f Sesso
<input type="text"/> Telefono	<input type="text"/> E-mail	<input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> IT Lingua di corrispondenza desiderata	
<b>Coordinate bancarie*</b>			
<input type="text"/> IBAN	<input type="text"/> Titolare del conto	<input type="text"/> Nome e località della banca	

\*Nota: I pagamenti vengono effettuati esclusivamente in franchi svizzeri e unicamente in Svizzera o in uno Stato UE/AELS.

### Persona di contatto (se presente, inclusa procura)

<input type="text"/> Nome	<input type="text"/> Telefono	<input type="text"/> E-mail
------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

### Rapporto di lavoro attuale

Si prega di compilare la sezione corrispondente:

**Impiego fisso / Collaboratore stagionale**

<input type="text"/> Nome dell'azienda	<input type="text"/> Impiegato dal	<input type="text"/> Funzione
<input type="text"/> Persona di contatto del datore di lavoro	<input type="text"/> Telefono	<input type="text"/> E-mail

N. azienda (GIMAFONDS)

**Agenzia interinale (impiego temporaneo)**

<input type="text"/> Nome dell'agenzia interinale	<input type="text"/> Impiegato dal	<input type="text"/> Funzione
<input type="text"/> Persona di contatto dell'agenzia interinale	<input type="text"/> Telefono	<input type="text"/> E-mail

**Cassa disoccupazione (URC)**

<input type="text"/> Nome dell'ufficio URC	<input type="text"/> Iscritto dal	<input type="text"/> Funzione precedente
<input type="text"/> Persona di contatto URC	<input type="text"/> Telefono	<input type="text"/> E-mail

**Riduzione del grado d'occupazione**

In caso di pensionamento anticipato completo, l'attuale rapporto di lavoro viene completamente terminato dal datore di lavoro.

_____ % Grado d'occupazione attuale	_____ % Nuovo grado d'occupazione	_____ Riduzione a partire dal (sempre il 1° giorno del mese)
<input type="checkbox"/> Salario mensile <input type="checkbox"/> Salario orario Salario lordo attuale (esclusa la 13ª mensilità)	_____ Salario mensile/tariffa oraria attuale	

**Capacità lavorativa**

Attualmente è completamente abile al lavoro?  Sì  No

In caso negativo, percepisce una rendita?  AI  SUVA  Cassa pensione \_\_\_\_\_  
Nome della cassa

Sono attualmente in corso accertamenti AI?  Sì  No

→ **Si prega di allegare decisioni o attestazioni di rendita.**

Negli ultimi 3 anni è stato parzialmente o totalmente incapace al lavoro per **almeno un mese** consecutivo a causa di:

Infortunio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____ dal _____ al _____
Malattia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____ dal _____ al _____
Altro motivo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____ dal _____ al _____

Spiegazione del motivo \_\_\_\_\_

**Documenti obbligatori\***

**Prima domanda di rendita MPA**

**Attualmente non percepisco alcuna rendita MPA → desidero richiedere una rendita MPA per la prima volta**

- Modulo di domanda di prestazioni MPA compilato e firmato
- Certificati di lavoro/contratti di lavoro degli ultimi 15 anni (compresi periodo d'impiego, grado d'occupazione e funzione)
- Estratto attuale del conto individuale AVS (da richiedere presso la cassa di compensazione AVS)
- Copia del passaporto o della carta d'identità
- Tutte le buste paga dell'anno in corso per ciascun datore di lavoro (se presenti più datori di lavoro)
- Una busta paga per ciascuno degli ultimi tre anni per ciascun datore di lavoro (se presenti più datori di lavoro)
- In caso di incapacità lavorativa: decisione AI attuale oppure conteggi LAINF/indennità giornaliera malattia
- Se disponibili: estratti del conto salari dell'anno in corso e dei tre anni precedenti

**Impieghi tramite agenzia interinale**

- Tutti i contratti di missione e le buste paga/conteggi delle ore degli ultimi 15 anni

**Per titolari/dirigenti (assoggettamento volontario)**

- Estratto attuale del registro di commercio (se disponibile)

**Domanda successiva di rendita MPA**

**Percepisco già una rendita MPA → desidero ridurre nuovamente il mio grado d'occupazione**

- Modulo di domanda di prestazioni MPA compilato e firmato
- Una busta paga mensile dell'anno in corso
- In caso di incapacità lavorativa: decisione AI attuale oppure conteggi LAINF/indennità giornaliera malattia

\*Nota: La Fondazione si riserva il diritto di richiedere documenti supplementari a seconda del caso specifico.

# Contributi di risparmio LPP

## Condizione per la prestazione

La Fondazione MPA Pittura e gessatura può versare, in aggiunta, contributi di risparmio LPP pari al 18% della vostra rendita transitoria alla vostra attuale istituzione di previdenza professionale, a condizione che la previdenza LPP venga mantenuta fino all'età di riferimento AVS.

Questi contributi di risparmio supplementari vengono versati sia in caso di riduzione parziale sia in caso di riduzione completa del grado d'occupazione.

Sulla parte di attività ridotta (quota di riduzione) né voi né il vostro datore di lavoro dovete versare contributi LPP; i contributi LPP ordinari restano dovuti unicamente sul grado d'occupazione rimanente.

**Importante: Se percepite anticipatamente il vostro avere LPP sotto forma di rendita o capitale (prelievo anticipato), non sussiste alcun diritto a questi contributi di risparmio LPP supplementari.**

## Informazioni relative all'istituzione di previdenza LPP

I sottoscritti autorizzano la Fondazione MPA Pittura e gessatura a trasmettere i dati della domanda, o parte di essi, all'istituzione di previdenza competente.

**Dati di contatto e indirizzo di pagamento dell'attuale istituzione di previdenza LPP dell'azienda (da indicare anche in caso di percezione anticipata delle prestazioni di vecchiaia LPP):**

Nome dell'istituzione di previdenza

Numero di contratto della vostra previdenza

Indirizzo postale (indirizzo/casella postale, NPA, località)

Persona di contatto (nome, tel./fax/e-mail)

Coordinate di pagamento (banca/posta, IBAN/conto postale)

## Tipo di prestazione richiesto/tipo desiderato di mantenimento della previdenza LPP

Si prega di compilare la sezione corrispondente:

**Mantenimento della previdenza LPP**

Desidero che la mia previdenza LPP venga mantenuta presso l'attuale cassa pensione oppure – qualora ciò non fosse possibile – presso una fondazione di libero passaggio. La Fondazione MPA Pittura e gessatura può assistere nella scelta di una fondazione di libero passaggio adeguata, qualora il trasferimento all'attuale fondazione di libero passaggio o alla cassa pensione non fosse possibile.

**Prelievo anticipato/scioglimento della previdenza LPP**

Data del prelievo anticipato/inizio della rendita LPP

Percepisco le mie prestazioni di vecchiaia LPP sotto forma di rendita o capitale e rinuncio pertanto al proseguimento dei contributi di risparmio LPP da parte della Fondazione MPA Pittura e gessatura.

---

**Dichiarazione  
sulla protezione  
dei dati**

I dati vengono trattati allo scopo di accertare e fornire le prestazioni concordate contrattualmente. Trovano applicazione le disposizioni in materia di protezione dei dati della Fondazione MPA Pittura e gessatura (dichiarazione sulla protezione dei dati della Fondazione MPA Pittura e gessatura: [Link<sup>1</sup>](#)). I sottoscritti confermano di aver preso atto della dichiarazione sulla protezione dei dati e, in particolare, di acconsentire al trattamento di eventuali dati sanitari.

---

**Conferma dei dati**

I sottoscritti confermano la completezza e la veridicità di tutte le informazioni fornite. Sono consapevoli del fatto che informazioni incomplete o non veritiere possono portare a una riduzione delle prestazioni o a richieste di restituzione. Sono inoltre fatte salve le sanzioni ai sensi dell'art. 23 CCL-MPA.

---

**Firma  
del datore  
di lavoro**

Confermo la completezza e l'esattezza di tutte le informazioni fornite e accetto il pensionamento anticipato previsto del/della mio/a dipendente.

\_\_\_\_\_  
Luogo, data

\_\_\_\_\_  
Timbro dell'azienda e firma del datore di lavoro  
(non applicabile in caso di domanda presentata durante la disoccupazione)

---

**Firma della  
persona  
richiedente**

Il/La dipendente accetta le disposizioni concordate.

\_\_\_\_\_  
Luogo, data

\_\_\_\_\_  
Firma del/della dipendente

**Per i mandatari esterni, si prega di allegare una procura.**

---

**Invia a**

Fondazione MPA Pittura e gessatura  
Oberwiesenstrasse 2  
8304 Wallisellen

Telefono 044 244 41 50  
E-mail [malergipser@vrmservices.ch](mailto:malergipser@vrmservices.ch)  
[www.vrm-malergipser.ch](http://www.vrm-malergipser.ch)