



Esame dell'obbligo contributivo

Se lei è già affiliata/o a un'altra cassa di compensazione come persona senza attività lucrativa, non ha bisogno di compilare questo modulo.
In questo caso, è sufficiente inviarci una copia della **conferma di affiliazione della cassa di compensazione competente**. Si prega di utilizzare il foglio di rinvio allegato (se disponibile).

Motivo dell'esame dell'obbligo contributivo:	divorzio, scioglimento dell'unione domestica registrata
pensionamento anticipato	altro motivo: _____
nessuna attività lucrativa oppure attività di poco conto	arrivo dall'estero
infortunio, malattia, invalidità	allegare conferma del comune di domicilio con data di arrivo dall'estero

Parte A – Richiedente

Generalità

Cognome/i	Matrimonio	Unione domestica
Nome/i	spesata/o	in unione dom. registrata
Data di nascita	divorziata/o	unione domestica sciolta
No. AVS	separata/o di fatto	unione dom. sospesa
756.	separata/o legalm.	un.dom. sospesa legalm.
Lingua di corrispondenza	vedova/o	unione dom. sciolta per decesso
tedesco francese italiano	dal (data)	dal (data)
	celibe/nubile	

Domicilio

Via	Casella postale
NPA	Luogo
Telefono	E-Mail

Recapito (se non corrisponde al domicilio)

Destinatario/o (per l'invio a terzi è necessario allegare una procura)	
Via	Casella postale
NPA	Luogo
Telefono	E-Mail

Coordinate di pagamento (per eventuali rimborsi)

IBAN	Intestatario/o del conto
------	--------------------------

Attività lucrativa

Data di cessazione dell'attività lucrativa	Percepisco delle indennità di disoccupazione: No Sì (allegare l'ultimo conteggio AD)
Ultimo datore di lavoro	Salario AVS conseguito durante l'ultimo anno lavorativo (CHF)
Finora ero indipendente. No Sì (allegare ultima decisione dei contributi AVS/AI/IPG)	Allegare tutti i giustificativi (certificati di salario, conteggi di salario) per l'anno in cui è cessata l'attività lucrativa.
Continuo l'attività lucrativa salariata. No Sì	Presumibilmente fino al (data)
Continuo l'attività lucrativa indipendente. No Sì	Presumibilmente fino al (data)
In che misura viene esercitata l'attività lucrativa? Tempo pieno Tempo parziale _____ %	Reddito determinante AVS previsto per anno civile (CHF)

Parte B – Coniuge / Partner

Personalien

Cognome/i	No.AVS 756.
Nome/i	Data di nascita
Lingua di corrispondenza tedesco francese italiano	

Domicilio

Via	Casella postale
NPA	Luogo
Telefono	E-Mail

Recapito (se non corrisponde al domicilio)

Destinatario/o (per l'invio a terzi è necessario allegare una procura)	
Via	Casella postale
NPA	Luogo
Telefono	E-Mail

Coordinate di pagamento (per eventuali rimborsi)

IBAN	Intestatario/o del conto
------	--------------------------

Attività lucrativa

Data di cessazione dell'attività lucrativa	Percepisco delle indennità di disoccupazione: No Sì (allegare l'ultimo conteggio AD)
Ultimo datore di lavoro	Salario AVS conseguito durante l'ultimo anno lavorativo (CHF)
Finora ero indipendente. No Sì (allegare ultima decisione dei contributi AVS/AI/IPG)	Allegare tutti i giustificativi (certificati di salario, conteggi di salario) per l'anno in cui è cessata l'attività lucrativa.
Continuo l'attività lucrativa salariata. No Sì	Presumibilmente fino al (data)
Continuo l'attività lucrativa indipendente. No Sì	Presumibilmente fino al (data)
In che misura viene esercitata l'attività lucrativa? Tempo pieno Tempo parziale _____ %	Reddito determinante AVS previsto per anno civile (CHF)

Parte C – Situazione finanziaria

Sostanza

Sostanza netta (Sostanza dedotti i debiti) dei due coniugi/partner secondo l'ultima dichiarazione d'imposta (compresa la sostanza immobiliare) (CHF)	La sostanza ha subito delle modifiche dall'ultima dichiarazione d'imposta? No Sì (CHF ed indicare il motivo)
---	--

Beni immobiliari (Terreni e immobili)

Terreni/immobili	Cantone	Estero	Valore fiscale cantonale (CHF)	Bene agricolo
Nr. 1				
Nr. 2				
Nr. 3				
Nr. 4				

Reddito sotto forma di rendita

Genere di reddito	Diritto dal (data)	CHF mensili Richiedente	CHF mensili Coniuge/Partner
Rendita dell'assicurazione vecchiaia e superstiti (solo AVS senza AI)			
Rendita di una cassa pensione o di un istituto di previdenza			
Rendita transitoria di una cassa pensione o di un istituto di previdenza			
Rendita dell'assicurazione infortuni			
Rendita dell'assicurazione militare			
Indennità giornaliere malattia o di altre assicurazioni			
Prestazioni per il mantenimento dall'ex coniuge (escluse quelle per i figli)			
Rendite vitalizie, prestazioni provenienti da contratti di vitalizio			
Rendite dall'estero			
Prestazioni complementari (allegare ultima decisione)			
Altre prestazioni periodiche			

Parte D – Firma, allegati, osservazioni

Firma richiedente	Firma coniuge/partner
-------------------	-----------------------

Allegati (se pertinenti)

- Conferma del comune di domicilio con data di arrivo dall'estero
- Procura per terze persone
- Ultimo conteggio dell'assicurazione disoccupazione
- Tutti i giustificativi di salario (certificati di salario, conteggi di salario) dell'anno in cui l'attività lucrativa è cessata
- Ultima decisione dei contributi quale indipendente
- Ultima decisione delle prestazioni complementari

Osservazioni

Indirizzo di spedizione:

Cassa federale di compensazione CFC
Schwarztorstrasse 59
3003 Berna

Oppure per e-mail a: beitraege.eak@zas.admin.ch