

Questionario per persone senza attività lucrativa

A. Persona senza attività lucrativa

1 Dati personali

| | |
|---|--|
| Cognome | Numero d'assicurato AVS |
| Nome/i | Data di nascita |
| Intestazione <input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signore | Titolo |
| Stato civile attuale <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> sposato/a dal _____ <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> separato/a legalmente <input type="checkbox"/> divorziato/a | Lingua di corrispondenza <input type="checkbox"/> tedesco <input type="checkbox"/> francese <input type="checkbox"/> italiano |
| | Nazionalità |

2 Indirizzo domicilio privato

| | |
|--------------------------------|----------|
| Via | Telefono |
| Casella postale | Fax |
| NAP Luogo | E-mail |

3 Indirizzo di recapito (se non identico all'indirizzo di domicilio privato)

| | |
|--------------------------------|--------|
| Cognome, nome | Via |
| NAP Luogo | E-mail |

4 Collegamento per versamenti

Questi dati verranno usati in caso di rimborsi di contributi pagati in eccesso.

Numero IBAN (21 cifre)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Se non in possesso del numero IBAN, vogliate compilare i seguenti punti:

| | |
|--|------------------------|
| Pagamento tramite <input type="checkbox"/> Banca <input type="checkbox"/> Posta | Conto corrente postale |
| No clearing / banca | Conto bancario |

5 Indicazioni sull'attività lucrativa

| | |
|---|---|
| Data della cessazione dell'attività lucrativa | Ultimo datore di lavoro (Nome e indirizzo completo) |
| Esercitava un'attività indipendente? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | In caso affermativo, cassa di compensazione competente |
| Quale reddito avete percepito nell'anno della cessazione dell'attività lucrativa (ammontare in franchi)? | → dipendente: prego allegare copia del certificato di salario . → indipendente: prego allegare copia dell'ultimo conto perdite e profitti e del bilancio . |
| Vendita dello studio il (data) | Utile di liquidazione dello studio (ammontare in franchi) |
| Esercitate ancora un'attività lavorativa? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | Reddito annuo previsto (ammontare in franchi) |
| Se sì: che tipo di attività lucrativa esercitate? <input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> Salariato/a | Quantità lavorativa in % |

B. Coniuge della persona senza attività lucrativa

6 Dati personali

| | |
|--|--|
| Cognome | Numero d'assicurato AVS |
| Nome/i | Data di nascita |
| Intestazione <input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signore | Titolo |
| Stato civile attuale <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> sposato/a dal _____ <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> separato/a legalmente <input type="checkbox"/> divorziato/a | Lingua di corrispondenza <input type="checkbox"/> tedesco <input type="checkbox"/> francese <input type="checkbox"/> italiano |
| | Nazionalità |

7 Indirizzo domicilio privato (se non identico all'indirizzo del coniuge)

| | |
|-----------------|----------|
| Via | Telefono |
| Casella postale | Fax |
| NAP | E-mail |
| Luogo | |

8 Indirizzo di recapito (se non identico all'indirizzo di domicilio privato)

| | |
|---------------|--------|
| Cognome, nome | Via |
| NAP | E-mail |
| Luogo | |

9 Collegamento per versamenti (se non identico con il collegamento per versamenti del coniuge)

Questi dati verranno usati in caso di rimborsi di contributi pagati in eccesso.

Numero IBAN (21 cifre)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Se non in possesso del numero IBAN, vogliate compilare i seguenti punti:

Pagamento tramite

Banca Posta

Conto corrente postale

No clearing / Banca

Conto bancario

10 Indicazioni sull'attività lucrativa

Data della cessazione dell'attività lucrativa

Ultimo datore di lavoro (Nome e indirizzo completo)

Esercitava un'attività indipendente?

Sì No

In caso affermativo, cassa di compensazione competente

Quale reddito avete percepito nell'anno della cessazione dell'attività lucrativa (ammontare in franchi)?

→ dipendente: prego allegare **copia del certificato di salario**.
→ indipendente: prego allegare **copia dell'ultimo conto perdite e profitti e del bilancio**.

Vendita dello studio il (data)

Utile di liquidazione dello studio (ammontare in franchi)

Esercitate ancora un'attività lavorativa?

Sì No

Reddito annuo previsto (ammontare in franchi)

Se sì: che tipo di attività lucrativa esercitate?

Indipendente Salariato/a

Quantità lavorativa in %

C. Situazione finanziaria

11 Sostanza

Va indicato la sostanza netta in Svizzera e all'estero di entrambi i coniugi (prima della deduzione della franchigia esenta al livello fiscale); mentre gli immobili (beni immobili e fondi) vanno considerati al valore di ripartizione intercantonale. La preghiamo di inviarci una **copia dell'ultima tassazione fiscale (incl. dettagli sulla tassazione) oppure dell'ultima dichiarazione fiscale**.

Sostanza netta al

Sostanza netta in franchi

12 Prestazioni complementari

Persone che non esercitano un'attività lucrativa e che, a seconda della legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC), percepiscono prestazioni complementari, devono in ogni caso pagare l'importo minimo.

Percepisce prestazioni complementari in base all'LPC?

Sì Non

dal (prego allegare **copia della decisione**)

13 Reddito da rendite

Vogliate introdurre nella pagina che segue, negli appositi spazi, il reddito conseguito in forma di rendita in Svizzera e all'estero per il periodo dall'inizio dell'obbligo di pagamento dei contributi come persona senza attività lucrativa. I coniugati devono indicare anche il reddito conseguito in forma di rendita del coniuge. Prestazioni percepite per diversi periodi di tempo, sono da elencare separatamente. Non sono da indicare le prestazioni dell'assicurazione federale per l'invalidità. Vogliate allegare le **copie delle decisioni e degli attestati corrispondenti**.

| Prestazioni | dal mese di | al mese di | totale al mese (in franchi) | Osservazioni |
|---|--------------------|-------------------|--|---------------------|
| Indennità giornaliera (infortunio) | | | | |
| Richiedente | _____ | _____ | _____ | _____ |
| coniuge | _____ | _____ | _____ | |
| Indennità giornaliera (malattia) | | | | |
| richiedente | _____ | _____ | _____ | _____ |
| coniuge | _____ | _____ | _____ | |
| Rendita AVS di vecchiaia (anche rendita di vecchiaia AVS prelevata anticipatamente) | | | | |
| Richiedente | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Coniuge | _____ | _____ | _____ | |
| Rendita AVS per i figli (che viene retribuita assieme alla rendita di vecchiaia AVS) | | | | |
| Richiedente | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Coniuge | _____ | _____ | _____ | |
| Rendita AVS per vedovi (senza la rendita per orfani) | | | | |
| richiedente | _____ | _____ | _____ | _____ |
| coniuge | _____ | _____ | _____ | |
| Rendita della cassa pensione (incl. rendita transitoria e rendita completa) | | | | |
| richiedente | _____ | _____ | _____ | _____ |
| coniuge | _____ | _____ | _____ | |
| Rendita assicurazione sociale estera | | | | |
| richiedente | _____ | _____ | _____ | _____ |
| coniuge | _____ | _____ | _____ | |
| Altro reddito conseguito in forma di rendita | | | | |
| Tipo | _____ | | | _____ |
| richiedente | _____ | _____ | _____ | |
| coniuge | _____ | _____ | _____ | |
| Prestazioni di mantenimento ricevute da divorziati (senza alimenti per figli) | | | | |
| richiedente | _____ | _____ | _____ | _____ |
| coniuge | _____ | _____ | _____ | |
| Totale | | | _____ | |

La base di calcolo definitiva viene annunciata alla cassa di compensazione dall'autorità fiscale. I contributi in acconto vengono stabiliti in base alla propria dichiarazione. Ulteriori informazioni sull'obbligo contributivo e i contributi personali le trovate su www.medisuisse.ch. Per domande o delucidazioni restiamo volentieri a vostra disposizione.

Dichiaro/Dichiariamo che le indicazioni qui fatte sono esatte:

Il/La richiedente

| Luogo, data

| Firma

Il coniuge

| Luogo, data

| Firma