

## Dichiarazione per il finanziamento di progetti di rinnovamento e ristrutturazione

(ai sensi della promozione della proprietà d'abitazioni mediante i fondi della previdenza professionale)

Affiliazione n. :

Ditta :

N. AVS :

Assicurato/a n. :

Cognome :

Nome :

---

**Nota** : la forma maschile usata in questo formulario si riferisce a entrambi i sessi.

---

### Indicazioni del destinatario del pagamento (sempre una persona terza neutrale, p.es. architetto, ingegnere o fiduciario in veste di appaltatore generale)

Cognome : ..... Nome : .....

Via, n. : ..... NPA, luogo : .....

Numero di telefono : .....

**Avvertenza** : chi effettua i lavori in proprio e non può indicare un appaltatore generale è autorizzato a indicare come beneficiario un fornitore o un operaio.

---

### Luogo di pagamento (si prega di allegare la polizza di versamento)

Le prestazioni spettanti all'avente diritto vanno bonificate come segue :

**Banca**     **Conto postale**    Conto (se non è possibile IBAN) : .....

IBAN (max. 34 cifre) : .....

Banca (nome, NPA, luogo, Paese) : .....

Codice SWIFT (BIC) : ..... Clearing / CAB : .....

Il conto è intestato a : .....

**Avvertenza** : non è permesso il versamento sul conto privato della persona assicurata.

---

### Ulteriori informazioni sull'oggetto

Numero registro fondiaria ..... Parcella n. : .....

Ubicazione dell'oggetto : Via : ..... N. : .....

NPA : ..... Luogo : .....

Usò proprio dal : .....

---

## Dichiarazione di autorizzazione

La persona assicurata autorizza il destinatario del pagamento ad accettare il capitale versato dall'istituzione di previdenza dietro suo incarico. Il destinatario del pagamento si dichiara disposto ad assumersi il ruolo di amministratore fiduciario della somma versata e di utilizzarla esclusivamente per il finanziamento di progetti di rinnovamento/ristrutturazione dell'oggetto abitativo di cui sopra.

---

### Firme

#### Proprietari (persona assicurata)

.....  
Luogo e data

.....  
Firma autenticata (notaio / comune)

#### Coniuge o partner registrato

.....  
Luogo e data

.....  
Firma autenticata (notaio / comune)

#### Destinatario del pagamento (solo terzi)

.....  
Luogo e data

.....  
Firma

---

**Il presente formulario  
è da inviare a :**

Credit Suisse Sammelstiftung 1e  
Servizio gestione  
Swiss Life Pension Services AG  
Casella postale 2831  
8022 Zurigo