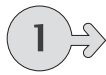
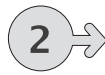


## Guida breve



Compilare i moduli



Firmare i moduli



Copia passaporto/ carta d'identità



Spedire



Conferma

Aderire in pochi semplici passi all'interessante soluzione di previdenza di Lealta Fondazione di libero passaggio («Fondazione»):

①

Al fine di svolgere in modo puntuale e impeccabile l'apertura e l'eventuale processo d'investimento, occorre compilare i seguenti moduli:

- **Domanda di apertura conto** e la pagina di stipula. È possibile aprire al massimo 1 conto di libero passaggio.
- **Ordine di trasferimento** ai fini del trasferimento di una prestazione di uscita o di libero passaggio da un istituto del 2° pilastro
- **Modulo di richiesta per Liberty Connect**, se lo si desidera.

②

I moduli devono essere visti o firmati dalla persona assicurata nei punti contrassegnati. Indicate per cortesia nella pagina di stipula quali documenti vengono inviati in allegato.

③

Va allegata sempre una copia del passaporto o della carta d'identità (con foto e firma leggibile).

④

Spedire la documentazione completa al seguente indirizzo:

**info@lealta.ch** oppure

Lealta Fondazione di libero passaggio  
Rubiswilstrasse 14  
Casella postale 51  
6431 Schwyz

⑤

Entro pochi giorni la persona assicurata riceverà dalla Fondazione la conferma dell'apertura. L'ordine di estinzione compilato e firmato dalla persona assicurata, la relativa polizza di versamento e la necessaria conferma vengono immediatamente inoltrati all'attuale cassa pensioni, fondazione di libero passaggio, banca o assicurazione. Una volta accreditato il capitale, la persona assicurata riceverà dalla Fondazione una conferma di ricezione. Se è stata scelta una soluzione di previdenza sotto forma di titoli, l'importo di previdenza verrà investito secondo l'ordine del cliente.

Non è possibile influire sui tempi di trasferimento dei capitali. Eventuali richieste di chiarimento vanno rivolte direttamente alla vostra cassa pensioni, fondazione di libero passaggio, banca o assicurazione oppure ai seguenti interlocutori.

Siamo a vostra disposizione in caso necessitate di assistenza o maggiori informazioni.

Lealta Fondazione di libero passaggio  
+41 58 733 04 40  
info@lealta.ch



## Pagina di stipula

**Persona assicurata**

Numero cliente/portafoglio

Cognome

Nome

**Dichiarazione**

Con la presente dichiaro che tutte le informazioni da me fornite corrispondono al vero e chiedo di aprire il conto/deposito come da mia richiesta. Confermo di aver letto e compreso tutti i regolamenti e le Condizioni generali della Fondazione e di accettarne il contenuto. **I regolamenti delle fondazioni e le Condizioni generali vigenti sono disponibili sul sito [lealta.ch](http://lealta.ch), alla voce «Regolamenti delle fondazioni/Condizioni generali».**

**Scambio di dati/  
Autorizzazione  
d'informazione**

Con la presente esonero espressamente la Fondazione e i suoi organi da tutti gli obblighi di segretezza previsti dal diritto svizzero o da altre leggi vigenti che potrebbero escludere la divulgazione di tali informazioni (ad es. art. 62 LPD) e acconsento che la Fondazione condivida determinati miei dati personali secondo l'informativa sulla protezione dei dati. In particolare, i dati vengono comunicati per fornire i prodotti e i servizi della Fondazione da me richiesti, ma, a seconda dei casi, anche per scopi di marketing. Incarico la Fondazione e acconsento a che, in determinate circostanze, i miei dati personali, nel quadro della suddetta comunicazione dei dati, possano essere comunicati anche a destinatari stranieri (scambio di e-mail, centri di calcolo) nell'ambito delle predette comunicazioni. **La dichiarazione sulla protezione dei dati è disponibile sul sito [lealta.ch](http://lealta.ch), alla voce «Dichiarazione sulla protezione dei dati».**

**Firma**

Luogo e data

Firma della persona assicurata

**Allegati**

- Copia del passaporto o della carta d'identità (con foto e firma leggibile) \*
- Ordine di trasferimento
- Modulo di richiesta per Liberty Connect

\* **Documentazione obbligatoria**

**Intermediario/  
Consulente**

(Viene compilato esclusivamente dal intermediario/consulente)

L'intermediario/consulente conferma che le informazioni fornite dalla persona assicurata sono complete e corrette.

Cognome e nome

Nome ditta

Luogo e data

Firma del intermediario/consulente

## Ordine di trasferimento/procura per attuali istituti di previdenza del 2° pilastro

**Mittente  
(mandante/  
intestatario della  
previdenza)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Via, n. \_\_\_\_\_ NPA, località \_\_\_\_\_

**Istituto di previ-  
denza del 2°  
pilastro**

Nome e indirizzo dell'attuale istituto di previdenza/fondazione di libero passaggio/assicurazione (mandatario) \_\_\_\_\_ Data di uscita \_\_\_\_\_

**Ordine di  
trasferimento**

Con la presente incarico il summenzionato mandatario di trasferire la totalità del mio avere di previdenza sul mio conto di libero passaggio presso la Lealta Fondazione di libero passaggio, conformemente alla polizza di versamento allegata.

- Importo totale CHF \_\_\_\_\_ (opzionale)  
 Importo parziale CHF \_\_\_\_\_ (non possibile in caso di conto/polizza di libero passaggio)

Per quanto attiene ad eventuali titoli in portafoglio (si prega di allegare un estratto aggiornato di deposito), essi dovranno essere:

- venduti e il saldo versato conformemente alla polizza di versamento;  
 trasferiti conformemente alle istruzioni di consegna allegata e il saldo residuo versato conformemente alla polizza di versamento.

Si prega di indicare nelle comunicazioni il nome, cognome e numero di assicurato dell'intestatario della previdenza.

**Istituto di previ-  
denza del 2°  
pilastro**

Nome e indirizzo dell'attuale istituto di previdenza/fondazione di libero passaggio/assicurazione (mandatario) \_\_\_\_\_ Data di uscita \_\_\_\_\_

**Ordine di  
trasferimento**

Con la presente incarico il summenzionato mandatario di trasferire la totalità del mio avere di previdenza sul mio conto di libero passaggio presso la Lealta Fondazione di libero passaggio, conformemente alla polizza di versamento allegata.

- Importo totale CHF \_\_\_\_\_ (opzionale)  
 Importo parziale CHF \_\_\_\_\_ (non possibile in caso di conto/polizza di libero passaggio)

Per quanto attiene ad eventuali titoli in portafoglio (si prega di allegare un estratto aggiornato di deposito), essi dovranno essere:

- venduti e il saldo versato conformemente alla polizza di versamento;  
 trasferiti conformemente alle istruzioni di consegna allegata e il saldo residuo versato conformemente alla polizza di versamento.

Si prega di indicare nelle comunicazioni il nome, cognome e numero di assicurato dell'intestatario della previdenza.

**Istituto di previ-  
denza del 2°  
pilastro**

Nome e indirizzo dell'attuale istituto di previdenza/fondazione di libero passaggio/assicurazione (mandatario) \_\_\_\_\_ Data di uscita \_\_\_\_\_

**Ordine di  
trasferimento**

Con la presente incarico il summenzionato mandatario di trasferire la totalità del mio avere di previdenza sul mio conto di libero passaggio presso la Lealta Fondazione di libero passaggio, conformemente alla polizza di versamento allegata.

- Importo totale CHF \_\_\_\_\_ (opzionale)  
 Importo parziale CHF \_\_\_\_\_ (non possibile in caso di conto/polizza di libero passaggio)

Per quanto attiene ad eventuali titoli in portafoglio (si prega di allegare un estratto aggiornato di deposito), essi dovranno essere:

- venduti e il saldo versato conformemente alla polizza di versamento;  
 trasferiti conformemente alle istruzioni di consegna allegata e il saldo residuo versato conformemente alla polizza di versamento.

Si prega di indicare nelle comunicazioni il nome, cognome e numero di assicurato dell'intestatario della previdenza.

**Firma**

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma intestatario della previdenza \_\_\_\_\_

**Allegati**

- Polizza di versamento della Fondazione
- Istruzioni di consegna della Fondazione (in caso di trasferimento di titoli)
- Estratto di deposito aggiornato dell'intestatario della previdenza (in caso di trasferimento di titoli)

**Conferma  
della nuova  
Fondazione**

Con la presente si conferma che il conto di previdenza è un conto dell'intestatario della previdenza presso la Lealta Fondazione di libero passaggio ai sensi dell'art. 82 LPP e dell'art. 19 (1-2) OLP.

Lealta Fondazione di libero passaggio, Svitto

**Firma**

Firma Fondazione \_\_\_\_\_

## Richiesta per Liberty Connect

### Persona assicurata

Numero cliente	N. della persona assicurata (AVS)
Cognome *	Nome *
Via, n. *	NPA, località, paese *
Data di nascita *	Cellulare *
Indirizzo e-mail *	
* Campi obbligatori	

### Mezzi di identificazione

Il nome utente e la password per Liberty Connect verranno recapitati separatamente per posta.

### Autorizzazione del conto/deposito

Sono d'accordo che tutti i miei conti/depositi attuali e futuri derivanti dai miei singoli rapporti di previdenza con uno o eventualmente più istituti di previdenza (di seguito denominati «fondazione/i»), che Liberty Connect mette a disposizione, siano automaticamente attivati in Liberty Connect. Ciò vale automaticamente anche per eventuali rapporti previdenziali futuri con fondazioni non ancora attive/esistenti. **Nota:** il partner contrattuale di Liberty Connect è sempre la Fondazione con la quale è stato stipulato un corrispondente rapporto di previdenza per il conto/deposito attivato.

### Dichiarazione

Con la presente dichiaro che tutte le informazioni da me fornite corrispondono al vero e richiedo un accesso a Liberty Connect. Confermo che dalla ricezione del codice di accesso visionerò online liquidità e titoli nonché transazioni e accetto che con effetto immediato tutti i documenti e le notifiche (compresi gli estratti di fine anno e i certificati fiscali) mi verranno inviati esclusivamente tramite Liberty Connect. Dichiaro inoltre di aver letto le condizioni di Liberty Connect e di accettarle integralmente quale parte integrante del contratto. **I termini e le condizioni attualmente in vigore per Liberty Connect sono disponibili sul sito [liberty.ch](http://liberty.ch) alla voce «Regolamenti della Fondazione/Condizioni generali».**

### Firma

Luogo e data	Firma della persona assicurata
--------------	--------------------------------

La richiesta deve essere inviata a mezzo e-mail o in originale all'indirizzo indicato sotto.