

# Solicitud de información dirigida a la Oficina Central del II Pilar para comprobar la existencia de haberes o capital en el sistema de la Previsión Profesional

Preste atención a los datos indicados en la hoja informativa antes de rellenar este formulario. Rellenar un solo formulario por persona.

Una petición para otra persona tendrá que ser acompañada de una procuración. Gracias.

## 1.1. Datos de la persona asegurada

Apellidos .....

Nombre .....

Fecha de nacimiento ..... Nr. AVS (Tarjeta gris) .....

Dirección .....

.....

.....

Código postal

Municipio

Provincia

Número de teléfono .....

## 1.2. Datos adicionales en caso de fallecimiento de la persona asegurada

(Punto 1.1. a rellenar en todo caso) Porfavor adjunte una fotocopia del Certificado de defunción

Fecha de fallecimiento de la persona asegurada .....

### Datos acerca de los supervivientes

Apellidos .....

Nombre .....

Fecha de nacimiento ..... Grado de parentesco .....

Dirección: .....

.....

.....

Código postal

Municipio

Provincia

## 2. Periodos de trabajo en Suiza

desde	hasta	Empresa	Actividad desarrollada/ sector o industria

### 3. Datos acerca de la Institución de Previsión

Nombre .....

Dirección .....

### 4. Información acerca de la percepción de pensiones suizas

¿Obtiene Vd. una renta de las siguientes instituciones suizas?

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - Pensión de vejez del Seguro AVS/AHV                                 | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| - Pensión de invalidez del Seguro IV/AI                               | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| - Pensión de supervivencia del Seguro AVS/AHV                         | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| - Pensión del Sistema de la Previsión Profesional<br>(II Pilar o LPP) | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

### Envío del formulario

Este formulario debe ser enviado a:

**Oficina Central del II Pilar  
Fondo de Seguridad LPP  
Orgán de dirección  
Postfach 1023  
3000 Berna 14  
Suiza**

**Tel.: +41 31 380 79 75  
Fax: +41 31 380 79 76  
e-mail: info@zentralstelle.ch**

Lugar y fecha: ..... **Firma del Solicitante:** .....

Rogamos envíen **fotocopia** de los siguientes documentos si estuvieran a su disposición (las fotocopias no deben ser compulsadas).

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tarjeta gris del Seguro AVS/AHV                    | <input type="checkbox"/> Nóminas                  |
| <input type="checkbox"/> Póliza de la Institución de Previsión del II Pilar | <input type="checkbox"/> Contrato de trabajo      |
| <input type="checkbox"/> Certificado de trabajo                             | <input type="checkbox"/> Certificado de defunción |