

## Dichiarazione di convivenza

Destinata alle persone di sesso opposto non coniugate o alle persone dello stesso sesso non vincolate da un'unione domestica registrata.

N. di affiliazione :

Datore di lavoro / Medico indipendente :

### DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sesso  F  M

Via, n° \_\_\_\_\_

Codice postale, località \_\_\_\_\_

Stato civile  celibe/nubile  coniugato/a  unione domestica registrata  divorziato/a  vedovo/a

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### DATI PERSONALI DELLA PERSONA CHE CONVIVE CON L'ASSICURATO

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

No AVS \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Stato civile  celibe/nubile  coniugato/a  unione domestica registrata  divorziato/a  vedovo/a

### DICHIARAZIONE

Le parti in presenza firmano la presente dichiarazione in considerazione dei seguenti punti:

1. Le parti hanno preso atto delle disposizioni del regolamento di previdenza, secondo le quali, a determinate condizioni, il/la convivente può avere un diritto nei confronti della Fondazione AROMED in caso di decesso dell'assicurato.
2. Che nessun partner è coniugato o vincolato da un'unione domestica registrata tra loro o con una terza persona.
3. Che non esiste tra loro una relazione familiare in cui il matrimonio nel senso del diritto svizzero sia vietato (art. 95, cpv. 1 e 2 CC).
4. La persona assicurata e il/la convivente dichiarano di:  
 Vivere sotto lo stesso tetto in una forma di convivenza simile al matrimonio dal (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Formare una comunità di vita, pur dovendo provvedere al sostentamento di uno o più figli comuni che hanno diritto a rendite per orfani.
5. Comunicare per iscritto alla Fondazione AROMED qualsiasi cambiamento nelle relazioni di cui sopra.

Il presente annuncio non dà automaticamente diritto alla prestazione a favore del/della convivente. Al momento del decesso dell'assicurato, la Fondazione AROMED stabilisce se sono soddisfatte le condizioni per il diritto alle prestazioni previste dal regolamento di previdenza. A tal fine, l'obbligo di assistenza reciproca è stato concordato per iscritto e il relativo contratto di assistenza reciproca viene presentato alla Fondazione AROMED al più tardi 3 mesi dopo il decesso dell'assicurato.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma della persona assicurata \_\_\_\_\_

Firma del/della convivente \_\_\_\_\_

I suoi dati personali sono trattati in conformità all'informativa sulla privacy disponibile su <https://aromed.ch/it/informativa-sulla-privacy/>. L'informativa sulla privacy descrive in particolare i suoi diritti in relazione al trattamento dei dati e le informazioni di contatto del nostro consulente della protezione dei dati.



AROMED la Fondazione di  
previdenza professionale

Route des Avouillons 30  
CH-1196 Gland

T. +41 (0)22 365 66 67  
F. +41 (0)22 361 50 25

info@aromed.ch  
www.aromed.ch