

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.

