

Modifica dell'ordine dei beneficiari del capitale di decesso

N. di affiliazione : _____ Datore di lavoro / Medico indipendente : _____

DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO

Cognome _____ Nome _____

No AVS 756. _____ Data di nascita _____ / _____ / _____

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

ARTICOLO 46, CPV. 3 DEL REGOLAMENTO DI PREVIDENZA IN VIGORE

L'assicurato può designare, previa comunicazione scritta alla Fondazione nel corso della sua vita, i beneficiari a cui attribuire il capitale di decesso e determinare la quota di ciascuno. Tuttavia, non può attribuire una prestazione alle persone delle categorie III e seguenti se esiste un potenziale beneficiario nelle categorie I e II.

Se gli aventi diritto delle categorie I e II (coniuge superstite e orfani) beneficiano di prestazioni per i superstiti ai sensi del presente regolamento almeno equivalenti alle prestazioni minime della LPP, l'assicurato può liberamente stabilire una clausola beneficiaria che designa la persona o le persone a cui intende attribuire il capitale di decesso tra quelle designate globalmente dalle categorie da I a VII.

L'assicurato può attribuire una prestazione agli eredi legali solo in mancanza di beneficiari delle categorie da I a VII. L'assicurato può revocare o modificare questa clausola beneficiaria in qualsiasi momento.

RICHIESTA DI MODIFICA DELL'ORDINE DEI BENEFICIARI DEL CAPITALE DI DECESSO (ART. 46 CPV. 2)

Con il presente modulo, chiedo la seguente modifica dell'ordine dei beneficiari del capitale di decesso per le categorie da I a VII conformemente al regolamento di previdenza della Fondazione di previdenza professionale in favore di AROMED:

I. Il coniuge o il partner registrato, se presente

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____ Quota _____ %

II. I figli aventi diritto a una rendita per orfani, se presenti

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____ Quota _____ %

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____ Quota _____ %

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____ Quota _____ %

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____ Quota _____ %



III. Il convivente ai sensi dell'art. 44 del regolamento, se presente

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____ Quota _____ %

IV. Le persone che l'assicurato assisteva in modo preponderante, se presenti

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____ Quota _____ %

V. I figli che non hanno diritto a una rendita per orfani, se presenti

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____ Quota _____ %

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____ Quota _____ %

VI. I genitori, se presenti

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____ Quota _____ %

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____ Quota _____ %

VII. I fratelli e le sorelle, se presenti

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____ Quota _____ %

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____ Quota _____ %

Gli eredi legittimi (escluso l'ente pubblico) hanno diritto al 50% dell'avere di vecchiaia maturato al momento del decesso.

FIRMA

L'assicurato riconosce di aver letto il contenuto del presente modulo e l'articolo 46 del regolamento di previdenza della Fondazione di previdenza professionale in favore di AROMED.

Luogo e data

Firma della persona assicurata

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.

