

Azienda

Dichiarazione sulla comunità di convivenza

Con il presente formulario il/la convivente viene nominato/a beneficiario/a ai sensi dell'art. 45 comma 3 del Regolamento di previdenza. Se si desidera modificare l'ordinamento esistente dei beneficiari si prega di compilare il formulario "Variazione dell'ordinamento dei beneficiari".

Generalità della persona assicurata

Cognome	Nome
Via	
NPA/Luogo/Paese	
Data di nascita	N. di assicurazione sociale 756.
Stato civile	

Generalità del/la convivente

Cognome	Nome
Via	
NPA/Luogo/Paese	
Data di nascita	N. di assicurazione sociale 756.
Stato civile	

Informazioni sulla convivenza

Comunità domestica da		
Comunità di convivenza da		
Figli in comune?	sì	no

Note importanti / dichiarazione

Ho preso atto che al momento del mio decesso saranno determinanti le disposizioni regolamentari e giuridiche e non le circostanze di vita attuali. In caso di decesso, il/la mio/a convivente ha diritto alle prestazioni se, a quella data, è in essere una convivenza che dà luogo al diritto secondo il Regolamento di previdenza.

La presente dichiarazione ha validità a partire dalla data di conferma della cassa pensione e fino alla sua revoca. Esso decade in caso di recesso dalla Fondazione collettiva LPP Valitas.

Il presente documento è una traduzione. In caso di contestazione, fa fede la versione tedesca.

Data	Firma della persona assicurata
------	--------------------------------