

**MODIFICA DELL'ORDINE DEI BENEFICIARI DEL CAPITALE AL DECESSO
 (art. 46 cpv 3 del Regolamento di previdenza in vigore al 01.01.2018)**

N° d'affiliazione :

Nome affiliazione / medico indipendente :

Dati personali della persona assicurata

Cognome	Nome
Via, numero	CAP, Città
N° AVS	Data di nascita
Stao civile	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Tramite la presente, desidero modificare l'ordine dei beneficiari del capitale al decesso per le categorie da I a VII in conformità al Regolamento di previdenza della Fondazione di previdenza professionale a favore di AROMED:

Beneficiari	Cognome, Nome, Data di nascita	Parte in %
I. Il coniuge o il partner registrato, in mancanza dello stesso
II. I figli che hanno diritto ad una rendita per orfani, in mancanza degli stessi
III. Il concubino ai termini dell'articolo 44, in mancanza dello stesso
IV. Le persone che l'assicurato assistiva in maniera preponderante, in mancanza delle stesse
V. I figli che non hanno diritto ad una rendita per orfani, in mancanza degli stessi
VI. Il padre e la madre, in mancanza degli stessi
VII. I fratelli e le sorelle.

La persona assicurata può comunicare per iscritto alla Fondazione quali sono i beneficiari che devono ricevere il capitale al decesso e indicare la parte da attribuire a ogni beneficiario. L'assicurato non può designare le persone delle categorie V e seguenti se esiste un beneficiario delle categorie da I a IV.

Qualora gli aventi diritto delle categorie I e II (coniuge o partner registrato e orfani che hanno diritto a una rendita) ricevano dalla Fondazione delle prestazioni ai superstiti almento equivalenti alle quelle secondo la LPP, la persona assicurata può cambiare l'ordine dei beneficiari delle categorie da I a V e, all'interno di ogni categoria, designare quali persone devono ricevere il capitale al decesso.

La persona assicurata conferma di aver preso conoscenza del presente formulario e delle disposizioni regolamentari relative ai beneficiari del capitale al decesso della Fondazione di previdenza professionale a favore di AROMED:

Luogo e data

Firma della persona assicurata