

Modifica dell'ordine dei beneficiari del capitale di decesso

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

Dati personali dell'assicurato

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____ Codice postale, luogo _____
N. 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 il 01.01.2022

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 V.

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

Con il presente modulo, chiedo la seguente modifica dell'ordine dei beneficiari del capitale di decesso per le categorie da I a V 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 ____%

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 presente

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

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

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 dell'assicurato

