

Modifica dei beneficiari per il capitale in caso di decesso

Dati impresa

Impresa

Numero di assicurazione

.....

.....

Dati assicurato

Cognome

Nome

.....

.....

Via/no./aggiunta

CAP/Località (paese)

.....

.....

Data di nascita

Numero di assicurazione sociale

.....

.....

Stato civile

Assicurato attivo o pensionato

.....

.....

E-mail per chiarimenti

Numero di telefono per chiarimenti

.....

.....

Modifica dell'ordine dei beneficiari

Nel caso di un mio decesso, stabilisco i seguenti beneficiari e il loro diritto al capitale di decesso nell'ambito delle disposizioni regolamentari e della scheda informativa sull'ordine dei beneficiari:

Beneficiari/Quota

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela/rapporto	Cat. ¹⁾	Quota in %
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

Totale 100%

¹⁾ Categoria risp. lettera secondo il regolamento di previdenza

Se tra i beneficiari si trovano persone a carico secondo la categoria risp. la lettera b) occorre precisare la forma/il tipo di sostegno:

Cognome	Nome	Forma/tipo di sostegno	Entità/importo
.....			
.....			
.....			

Questa modifica dell'ordine dei beneficiari si applica a tutti i conti e piani di previdenza.

**Validità della
dichiarazione**

Con la presente dichiarazione revoco tutte le modifiche apportate in precedenza ai beneficiari. Per il versamento ai beneficiari sono determinanti in ogni caso le circostanze al momento del decesso dell'assicurato e il regolamento di previdenza vigente al momento del decesso.

Firma

Luogo, data

Firma assicurato/a

.....

.....

Luogo, data

Firma convivente / persona sostegno

.....

.....

Ulteriori spiegazioni sulla protezione dei dati sono disponibili sulla nostra homepage alla voce "Informativa sulla protezione dei dati"