

Modulo

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"