

Domanda di registrazione di partner convivente

Persona assicurata

Cognome: _____ Nome: _____
Indirizzo: _____ NPA / Località: _____
Data di nascita: _____ Numero assic.: _____
Datore di lavoro: _____

Dati de partner convivente

Cognome: _____ Nome: _____
Indirizzo: _____ NPA / Località: _____
Data di nascita: _____ Nuovo n. AVS: _____

Dati sull'unione domestica

Data di inizio dell'unione domestica: _____
Numero di figli con obbligo di assistenza nell'unione domestica: _____

Indicazioni

Le condizioni per l'esercizio dei diritti di prestazione si definiscono in base alle pertinenti disposizioni di legge e al regolamento di previdenza della Fondazione al momento del decesso della persona assicurata.

In caso di esercizio di un diritto di prestazione, la Fondazione può effettuare accertamenti sull'unione domestica ed è autorizzata a richiedere ulteriori documenti e prove.

La presente dichiarazione costituisce una condizione per l'esercizio dei diritti e deve essere pervenuta alla Fondazione quando la persona assicurata era ancora in vita.

Località, Data: _____

Firma della persona assicurata

La Fondazione conferma di avere ricevuto la presente domanda.

Località, Data: _____

Timbro e firma della Fondazione
