

Conferma di convivenza

Azienda _____
N. contratto _____
Piano _____

Assicurato

Cognome _____ Nome _____
N. di assicurazione 756. _____

Convivente

Cognome _____ Nome _____
N. di assicurazione 756. _____
Data di nascita _____ Sesso femminile maschile

Comunione domestica

Data di inizio della comunione domestica _____
Via/n. _____ NPA/luogo _____

Conferma di convivenza

I sottoscritti confermano l'esistenza di un rapporto di convivenza.

Conferma dell'assicurato

L'assicurato conferma

- di non avere vincoli di parentela con il/la convivente;
- che entrambi i conviventi non sono sposati, né sono parte di un'unione registrata e
- hanno vissuto insieme nella stessa residenza certificata ufficialmente in una relazione stabile di due persone per un periodo ininterrotto di cinque anni, oppure
- di supportare il/la convivente in misura considerevole o
- di dover provvedere insieme al/alla convivente al sostentamento di uno o più figli in comune.

Beneficiari

La persona assicurata prende atto che, in caso di suo decesso, il/la convivente sarà beneficiario/a, conformemente alle disposizioni regolamentari generali. Ciò presuppone l'esistenza di una convivenza con acquisizione del diritto alle prestazioni secondo il regolamento di previdenza, ai sensi dell'articolo 6.3.3. Ai fini della rivendicazione di una rendita per conviventi, questa deve essere assicurata secondo il piano di previdenza.

Luogo e data _____

Firma dell'assicurato _____

Firma del/della convivente _____