

Designazione dei beneficiari

Previdenza professionale

Datore di lavoro

N° contratto

N° assicurato

Dati personali

Nome

Cognome

Via/n°

Stato civile

celibe/nubile

coniugato/a

NAP/luogo

in unione domestica registrata

Data di nascita

divorziato/a

vedovo/a

Ordine dei beneficiari

Le disposizioni regolamentari generali prevedono il seguente ordine di beneficiari

Hanno diritto al capitale di decesso assicurato secondo il piano di previdenza o al rimborso del contributo:

- il coniuge superstite o la partner registrata o il partner registrato superstite,
- in sua mancanza: i figli aventi diritto ad una rendita, in parti uguali,
- in loro mancanza: il partner convivente avente diritto ad una rendita,
- in sua mancanza: le persone fisiche al cui sostentamento la persona assicurata ha provveduto in misura considerevole, oppure la persona con cui ha vissuto in unione domestica ininterrotta durante gli ultimi cinque anni prima del decesso oppure che deve provvedere al sostentamento di uno o più figli comuni, in parti uguali,
- in loro mancanza: i figli che secondo l'art. 252 CC, che non hanno alcun diritto a una rendita per orfani secondo la cifra 8.5, i genitori e i fratelli e le sorelle, in parti uguali,
- in loro mancanza: gli altri eredi legittimi, in parti uguali, ad esclusione degli enti pubblici. In questo caso però l'importo da versare si riduce come segue:
 - rimborso del contributo: la metà dell' avere di vecchiaia, tuttavia almeno i contributi e i versamenti finanziati dal lavoratore
 - capitale di decesso secondo il piano di previdenza: la metà.

Designazione dei beneficiari

In deroga a ciò la persona assicurata può scegliere liberamente l'ordine delle **lettere a), b) e c)** e definire più in dettaglio i diritti delle persone **beneficiarie** entro le lettere b), d), e) e f).

Questa decisione deve essere comunicata per iscritto alla Fondazione quando la persona assicurata è ancora in vita.



.....
Modifica

Desidero la seguente modifica dell'ordine dei beneficiari:

.....
Firma

La persona assicurata prende atto che la presente dichiarazione non ha validità qualora sia in contrasto con le disposizioni legali o regolamentari.

Luogo/data

**Nome/Cognome
in stampatello**

Firma

