

Designazione delle persone aventi diritto al capitale al decesso

Datore di lavoro

Ragione sociale: _____ N° di contratto: _____

Persona assicurata

Cognome: _____ N° assicurazione sociale: 756. _____

Nome: _____ Data di nascita: _____

Stato civile: _____

Dati personali della o delle persone aventi diritto

1. Cognome: _____ Data di nascita: _____

Nome: _____ Legame di parentela: _____

Quota del capitale al decesso: _____ % o CHF _____

2. Cognome: _____ Data di nascita: _____

Nome: _____ Legame di parentela: _____

Quota del capitale al decesso: _____ % o CHF _____

3. Cognome: _____ Data di nascita: _____

Nome: _____ Legame di parentela: _____

Quota del capitale al decesso: _____ % o CHF _____

4. Cognome: _____ Data di nascita: _____

Nome: _____ Legame di parentela: _____

Quota del capitale al decesso: _____ % o CHF _____

Condizioni regolamentari

- Dichiaro di aver preso visione delle disposizioni dell'articolo 19 del Regolamento di previdenza della fondazione.
- Dichiaro che nessuna delle persone aventi diritto menzionate nelle lettere a a c dell'articolo 19 cpv. 1 del Regolamento di previdenza potrà ottenere il versamento del capitale al decesso.
- Dichiaro che la o le persone aventi diritto summenzionate fanno parte delle persone beneficiarie indicate nelle lettere da d a g dell'articolo 19 cpv. 1 del Regolamento di previdenza.

Luogo e data:

Firma della persona assicurata: