

Ordine dei beneficiari per il capitale di decesso / capitale di decesso supplementare

Regolamento di previdenza art. 30 Versamenti sotto forma di capitale in caso di decesso

Le spiegazioni sono contenute nel nostro Foglio informativo «Convivenza / Capitale di decesso / Capitale di decesso supplementare».

Indicazioni sulla persona assicurata

Cognome	_____	Nome	_____
Indirizzo	_____	NPA, luogo	_____
N. AS	_____	Stato civile	_____
Datore di lavoro	_____		

In base all'art. 30 del Regolamento di previdenza di Profond desidero che un eventuale capitale di decesso sia versato nell'ordine e nell'entità seguenti:



Nota

Hanno diritto alle prestazioni, indipendentemente dalle disposizioni del diritto successorio, i superstiti citati nell'ordine seguente. Il gruppo di beneficiari che precede esclude il diritto alle prestazioni del gruppo che segue.

Gruppo di beneficiari 1 (art. 30 cpv. 2 lett. a))

Coniuge (art. 25) o partner convivente (art. 27)

Beneficiario

Cognome	Nome	Data di nascita										
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

Gruppo di beneficiari 2 (art. 30 cpv. 2 lett. b))

Persone fisiche assistite in misura considerevole dalla persona assicurata al momento del decesso.

Beneficiario(i)

Cognome	Nome	Data di nascita	Quota in %										
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____

Gruppo di beneficiari 3 (art. 30 cpv. 2 lett. c))

I figli della persona assicurata.

Beneficiario(i)

Cognome	Nome	Data di nascita	Quota in %										
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____

Gruppo di beneficiari 4 (art. 30 cpv. 2 lett. d))

I genitori della persona assicurata.

Beneficiario(i)

Cognome	Nome	Data di nascita	Quota in %
_____	_____	.	_____
_____	_____	.	_____

Gruppo di beneficiari 5 (art. 30 cpv. 2 lett. e))

I fratelli e le sorelle della persona assicurata.

Beneficiario(i)

Cognome	Nome	Data di nascita	Quota in %
_____	_____	.	_____
_____	_____	.	_____
_____	_____	.	_____
_____	_____	.	_____
_____	_____	.	_____

Secondo l'art. 30 cpv. 2, la persona assicurata può modificare l'ordine dei gruppi di beneficiari 3, 4 e 5.

Mi avvalgo di questa possibilità e desidero che i gruppi di beneficiari 3, 4 e 5 vengano presi in considerazione nel seguente ordine:

- 1 * a) Coniuge (art. 25) o partner convivente (art. 27)
- 2 * b) persone fisiche assistite in misura considerevole dalla persona assicurata al momento del decesso.
- c) figli della persona assicurata
- d) genitori della persona assicurata
- e) fratelli e sorelle della persona assicurata

*obbligatorio, non modificabile

Se non mi avvalgo di questa possibilità o non compilo il formulario correttamente e in ogni parte, si applica l'ordine sulla base del Regolamento di previdenza vigente al momento del decesso.

Conferma

Prendo atto che:

- Profond è autorizzato a richiedere quale comprova dell'adempimento delle disposizioni regolamentari e legali, ulteriori documenti (per es. certificato di domicilio ufficiale, contratto di convivenza, ecc.);
- la persona beneficiaria/le persone beneficiarie sono tenute a fornire la documentazione necessaria per i relativi chiarimenti al più tardi entro tre mesi dal decesso;
- per il versamento delle prestazioni sono determinanti le disposizioni regolamentari e legali valevoli al momento del decesso.

Luogo, data

Firma della persona assicurata
