

Capitale in caso di decesso: modifica della successione

Per modificare la successione dei beneficiari o la quota degli importi parziali per le persone secondo il regolamento quadro, cifra 16.2 capoverso c) è necessario compilare questo modulo. Esso deve essere presentato quando ancora in vita alla fondazione. Altrimenti, in caso di decesso prima del pensionamento e prima dell'età di pensionamento, la suddivisione del capitale in caso di decesso avverrà in parti uguali.

- a) il coniuge/partner registrato, in sua mancanza
- b) le persone fisiche che erano assistite in misura considerevole dalla persona assicurata oppure la persona che ha ininterrottamente vissuto in un'economia domestica comune con la persona assicurata negli ultimi cinque anni prima del decesso o che al momento del decesso conviveva con la persona assicurata in un'economia domestica comune e che deve provvedere al mantenimento di uno o più figli comuni che hanno diritto, secondo il regolamento, a una rendita per orfani, in loro mancanza
- c) i figli o gli affiliati o i figliastri della persona deceduta, in loro mancanza i genitori, in loro mancanza i fratelli o le sorelle, in loro mancanza
- d) gli altri eredi legali, ad esclusione dell'ente pubblico

Se si intende beneficiare il gruppo di beneficiari b), si prega di utilizzare il modulo «Capitale in caso di decesso: designazione dei beneficiari».

Dati relativi alla persona assicurata o al beneficiario di una rendita

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

NPA, località, paese _____

N° AVS _____

Data di nascita _____

Sesso _____

Stato civile _____

Cassa di previdenza / azienda _____

Previdenza per i quadri

Desidero che al mio decesso venga corrisposto un eventuale capitale in caso di decesso alle persone seguenti (il totale di tutte le quote in percentuale deve essere pari al 100%):

1 Cognome e nome _____

Data di Relazione con la persona assicurata figli (o affiliati e figliastri) genitori fratelli e sorelle

Data di nascita _____ quota in % _____

Indirizzo _____

NPA, località, paese _____

2 Cognome e nome

Data di Relazione con la persona assicurata figli (o affiliati e figliastri) genitori fratelli e sorelle

Data di nascita _____ quota in % _____

Indirizzo _____

NPA, località, paese _____

3 Cognome e nome

Data di Relazione con la persona assicurata figli (o affiliati e figliastri) genitori fratelli e sorelle

Data di nascita _____ quota in % _____

Indirizzo _____

NPA, località, paese _____

4 Cognome e nome

Data di Relazione con la persona assicurata figli (o affiliati e figliastri) genitori fratelli e sorelle

Data di nascita _____ quota in % _____

Indirizzo _____

NPA, località, paese _____

5 Cognome e nome

Data di Relazione con la persona figli (o affiliati e figliastri) genitori fratelli e sorelle

assicurata

Data di nascita _____ quota in % _____

Indirizzo _____

NPA, località, paese _____

GEMINI Fondazione collettiva 1e verifica un eventuale diritto al capitale di decesso soltanto in seguito al caso di decesso in base alle disposizioni regolamentari valide in tale momento.

Luogo, data _____ Firma della persona assicurata _____