Notifica di convivenza

Datore di lavoro

Azienda:	NPA e località:	N° di contratto:
Persona assicurata		
Cognome:	Nome:	
Via e n.:		NPA e località:
Data di nascita:	Assicurazione sociale n.:	
Stato civile: □ celibe/nubile □ coniugato/a □ divorziato/a □ vedovo/a		
Convivente		
Cognome:	Nome:	
Data di nascita:	Assicurazione sociale n.:	
Stato civile: □ celibe/nubile □ coniugato/a □ divorziato/a □ vedovo/a		
La persona assicurata e il/la convivente confermano di convivere conformemente alle condizioni del regolamento sulla previdenza della Fondazione. Dichiarano di non essere coniugati o imparentati. Inoltre confermano i punti seguenti: Uiviamo in comunione domestica da		
Nome e data di nascita dei figli:		
Nome e data di nascita dei figli:		
Nome e data di nascita dei figli:		
□ La persona assicurata sostiene il convivente in larga misura. Per convivenza si intende una relazione a due che fa fondamento su reciproca assistenza e fedeltà, analogamente a quanto disposto dall'art. 159 cpv. 3 CC per le coppie coniugate. Per notificare un cambio di beneficiari di un eventuale capitale di decesso occorre compilare un formulario apposito («Cambio beneficiari capitale di decesso»). Il presente contratto è valido fino a revoca da parte delle parti sopra citate o fino all'uscita della persona assicurata dalla fondazione collettiva ÖKK Previdenza professionale.		
Luogo e data:		
Firma della persona assicurata:	Firma del/l	a convivente: