

Istituzione di previdenza nel quadro della proparis Fondazione di previdenza arti e mestieri Svizzera, Berna

## Conferma della convivenza (concubinato)

Datore di lavoro:

N. membro:

### 1. Generalità della persona assicurata

Sesso:  femminile  maschile

Numero di assicurato (ex numero AVS)

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

Data di nascita:

### 2. Convivente

Numero di assicurato (ex numero AVS)

Cognome, nome

### 3. Comunione domestica

Data d'inizio della comunione domestica:

Indirizzo:

### 4. Avvertenze

#### Designazione dei beneficiari

La persona assicurata prende atto che, in caso di sua morte, il/la convivente sarà designato/a come beneficiario in conformità alle disposizioni del regolamento. Questo presuppone che al momento del decesso sia assicurata una rendita per il/la convivente e che sussista un regime di convivenza come da regolamento.

#### Convivenza su cui si fonda il diritto

Tale convivenza è data se, al momento del decesso della persona assicurata, entrambi i conviventi non sono coniugati, non vivono in unione domestica registrata e non sono legati da vincoli di parentela nonché

- entrambi i conviventi negli ultimi cinque anni prima del decesso dell'assicurato hanno convissuto ininterrottamente
- o il convivente superstite deve provvedere al sostentamento di uno o più figli comuni.

## Conferma della convivenza (concubinato)

---

Non sussiste alcun diritto alla rendita se il convivente superstite percepisce già una rendita per coniugi o conviventi erogata da un ente di previdenza nazionale o estero.

### 5. Conferma della persona assicurata

La persona assicurata dichiara che

- entrambi i conviventi non sono coniugati, non vivono in unione domestica registrata né sono legati da vincoli di parentela,
- vivono in comunione domestica e
- conducono un regime di convivenza.

---

### 6. Firme

I sottoscritti confermano il regime di convivenza. Hanno preso conoscenza del fatto che in caso di prestazione dovranno essere esaminate adeguatamente e soddisfatte le condizioni per una convivenza che dia diritto alla prestazione.

Firma della persona assicurata:

Firma del/della convivente:

Luogo, data: