

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

**Conferma della convivenza (concubinato)**

Datore di lavoro:

N. di membro:

**1. Dati personali**

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Via, n., NPA, località

Sesso

femminile

maschile

Stato civile:

N. di assicurazione sociale:

**2. Convivente**

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Sesso:

femminile

maschile

N. di assicurazione sociale:

**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 di previdenza. 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.

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.

Luogo, data:

Firma della persona assicurata:

---

Firma del/della convivente:

---