

Dichiarazione dei beneficiari per il capitale di decesso

Dati della persona assicurata

.....
Nome del datore di lavoro

.....
Cognome | Nome

.....
Data di nascita

.....
Indirizzo

.....
NPA | Località

.....
Telefono

.....
E-mail

Stato civile celibe/nubile coniugato/a
 unione domestica registrata
 divorziato/a vedovo/a

.....
Data del matrimonio / della registrazione

In caso di mio decesso prima dell'età di pensionamento, desidero modificare il regolamento dei beneficiari come segue, in deroga alle disposizioni regolamentari (cfr. regolamento di previdenza della Schweizer KMU Pensionskasse, Art. 10b - versione tedesca):

- In caso di mia morte, i miei fratelli saranno beneficiari prima dei miei genitori in%
- In caso di mia morte, i miei figli saranno beneficiari prima dei miei fratelli e genitori in%

oppure

Quota in %	Persona beneficiaria Nome Cognome Indirizzo	Data di nascita	Relazione con la persona assicurata

Dichiarazione dei beneficiari per il capitale di decesso

Estratto del regolamento di previdenza (dal 1° gennaio 2021 - versione tedesca;
In caso di divergenze tra la versione tedesca e quella italiana, prevarrà la versione tedesca.)



Art. 10b Capitale di decesso

1 Il capitale di decesso diventa esigibile se la persona assicurata è deceduta prima del pensionamento. Corrisponde all'avere di vecchiaia disponibile al momento del decesso, meno il valore attuale di eventuale prestazione a favore dei superstiti.

2 Le persone successive hanno diritto a richiedere il capitale di decesso:

- a) il coniuge superstite o il partner registrato superstite, in loro assenza,
- b) le persone fisiche che sono state sostanzialmente mantenute dall'assicurato, o la persona che ha vissuto con l'assicurato ininterrottamente negli ultimi cinque anni fino alla morte dell'assicurato, o che ha provveduto al mantenimento di uno o più figli comuni; in loro assenza,
- c) i figli del defunto, i genitori o i fratelli; in loro assenza,
- d) in assenza di beneficiari di cui alle lettere a - b: gli altri eredi legittimi, esclusa la comunione, nella misura del 50% del capitale della pensione. Se non ci sono beneficiari nei gruppi da a - d, gli altri eredi legali, esclusa la comunità, hanno diritto alla metà del capitale di decesso in parti uguali.

3 Per tenere meglio conto dello scopo della previdenza in base alla situazione individuale, una persona assicurata può determinare individualmente la ripartizione proporzionale tra i beneficiari dei gruppi da a - d.



Firmando il presente modulo, la persona assicurata conferma di essere a conoscenza delle seguenti informazioni:

- La persona assicurata conferma di aver preso atto delle disposizioni del regolamento di previdenza e ne prende atto. Il Consiglio di fondazione della Schweizer KMU Pensionskasse può modificare in qualsiasi momento le disposizioni del regolamento. In ogni caso, si applica il regolamento di previdenza in vigore al momento del decesso, a meno che il regolamento di previdenza in vigore in quel momento non contenga una disposizione contraria sull'applicabilità.
- La persona assicurata è tenuta a comunicare alla Schweizer KMU Pensionskasse qualsiasi cambiamento che possa influire sulla presente dichiarazione di stato beneficiario. In assenza di notifica di modifiche rilevanti, le prestazioni saranno erogate in conformità alle disposizioni regolamentari.
- Le circostanze al momento del decesso sono determinanti per il pagamento delle prestazioni. La Schweizer KMU Pensionskasse ha il diritto di richiedere prove e dichiarazioni dei beneficiari prima dell'erogazione delle prestazioni.
- Solo le dichiarazioni dei beneficiari presentate alla Schweizer KMU Pensionskasse possono essere valide.
- Si noti che lo status di beneficiario nella cassa pensioni è indipendente dallo status di beneficiario nel diritto successorio. I beneficiari di diritto successorio non possono essere presi in considerazione dalla cassa pensioni.
- Le nuove dichiarazioni di beneficiario sostituiscono integralmente le dichiarazioni di beneficiario già presentate e non possono in alcun caso contenere semplici aggiunte.

Conferma della persona assicurata

.....
Luogo | Data

.....
Cognome | Nome

.....
Firma