



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

Notifica di decesso

1. Dati personali

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Via, n., NPA, località:

Sesso:

femminile

maschile

N. di assicurazione sociale:

2. Data del decesso:

Causa del decesso:

Malattia

Infortunio

3. Superstiti

a) Coniuge / partner registrato/ partner convivente confermatore all'organo d'applicazione

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Via, n., NPA, località:

Sesso:

femminile

maschile

Data del matrimonio / della
registrazione dell'unione
domestica:

N. di assicurazione sociale:

b) Coniuge divorziato/ partner registrato

Solo se il matrimonio è durato almeno dieci anni e gli è stata assegnata, al momento del divorzio, una rendita ai sensi dell'art. 124e cpv. 1 CC o ai sensi dell'art. 126 cpv. 1 CC.

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Via, n., NPA, località:

Sesso:

femminile

maschile

Data del divorzio:

N. di assicurazione sociale:

c) Figli

La persona defunta aveva figli di età inferiore ai 18 anni

Si

No

La persona defunta aveva figli agli studi di età inferiore ai 25 anni

Si

No

La persona defunta aveva figli invalidi ad almeno il 70%

Si

No

In caso di risposta "Si" ad almeno una delle tre domande:

Cognome / nome, data di nascita dei figli:

d) Persone assistite in misura considerevole dalla persona deceduta

RDa compilare unicamente in assenza di aventi diritto in base ai punti 3a e/o 3b/ 3c

Cognome / nome, data di nascita:

e) Autres survivants ayants droit

Da compilare unicamente in assenza di aventi diritto in base ai punti 3a - 3d

- Figli (senza diritto alla rendita per orfani in base al punto 3c) Si No
- Genitori della persona defunta Si No
- Fratelli e sorelle della persona defunta Si No
- Altre persone aventi diritto Si No

Cognome / nome, data di nascita, grado di parentela:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

4. Altre assicurazioni* (**p.f. allegare decisioni*)

Gli eventuali aventi diritto hanno anche diritto alle prestazioni di

- assicurazione federale per la vecchiaia e i superstiti (AVS)? Si No
- assicurazione infortuni? Si No
- assicurazione militare (AM)? Si No
- altre? Si No

* Se Sì, quali?

| |
|--|
| |
| |

Il decesso della persona assicurata è stato causato da terzi? Sì No

5. Continuazione del pagamento del salario

Fino a quando verrà versato il salario?

| |
|--|
| |
|--|

giorno/ mese/ anno

6. Liquidazione in capitale

In luogo di una rendita per coniugi o per conviventi la / il coniuge / partner convivente superstite può richiedere una liquidazione in capitale.

La persona sottoscritta prende atto che

- lcon il versamento della liquidazione in capitale non sussistono ulteriori diritti nei confronti della cassa pensioni;
- la dichiarazione deve essere inoltrata per iscritto prima del versamento della prima rendita e a partire da quel momento è irrevocabile.

È richiesta una liquidazione in capitale? Sì No

7. Versamento delle prestazioni

Si prega di allegare una polizza di versamento; se non fosse disponibile, compilare la parte sottostante.

Versamenti su un conto di banche all'estero si eseguono esclusivamente se in possesso di un giustificativo della banca contenente tutte le indicazioni necessarie a tale riguardo (numero di conto, numero IBAN, codice Swift, indirizzo della banca).

| | | | |
|--------------------------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| Conto postale: | <input type="text"/> | Conto bancario: | <input type="text"/> |
| Titolare: <input type="text"/> | | | |
| Banca: | <input type="text"/> | Luogo: | <input type="text"/> |
| N. clearing: | <input type="text"/> | N. IBAN: | <input type="text"/> |

Ai sensi delle disposizioni legali, la suddetta cassa pensione comunica le prestazioni erogate all'amministrazione federale delle Contribuzioni.

8. Indirizzo di contatto

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

9. Autorizzazione e firma

Autorizzo e incarico tutte le istituzioni e assicurazioni a fornire alla cassa pensione summenzionata qualsiasi informazione necessaria (inclusi gli atti medici) a chiarire e verificare il diritto alle prestazioni.

Luogo / data:

Firma: _____

Da allegare al presente modulo

- atto di morte ufficiale*
- certificato medico (originale)
- libretto di famiglia
- estratto attuale del registro dello stato civile della persona defunta*
- decisioni di assegnazione della rendita dell'AVS, dell'AI, dell'assicurazione militare (v. punto 4)*
- attestati di formazione per figli di età superiore ai 18 anni*
- decisione dell'AI per figli invalidi di età superiore ai 18 anni*
- attestazione degli obblighi della persona defunta verso persone a carico*
- certificato d'eredità ai sensi dell'art. 559 del CC (rilasciato dal comune di domicilio della persona defunta)
- permesso di soggiorno (libretto per stranieri) della persona avente diritto alle prestazioni*
- conferma di domicilio del comune di domicilio all'estero della persona avente diritto

* È sufficiente una fotocopia

I costi per la documentazione da allegare sono a carico degli aventi diritto.