

Contratto di mutuo sostegno

Persona assicurata

Cognome

No. d'assicurazione

Nome

Data di nascita

Indirizzo

No. di sicurezza sociale

CAP

Località

a favore del/della partner della persona assicurata

1. Le parti sono a conoscenza delle disposizioni del piano di previdenza (art. 56, 62 e 63 del regolamento di previdenza) e le riconoscono espressamente.
2. Le parti sono concordi nell'affermare che vivono in unione domestica dal _____ e che da quel momento hanno vissuto insieme ininterrottamente.
3. Le parti confermano che durante la durata della convivenza la/il partner convivente e la persona assicurata assicurata sono celibi/nubili, divorziati, vedovi o non sposati, non esiste un'unione domestica registrata e che non abbiano nessun rapporto di parentela.
4. Le parti sono a conoscenza del fatto che la Cassa pensioni Posta verifica il sussistere delle condizioni per l'ottenimento di una pensione solo in caso di versamento delle prestazioni (la prova della convivenza può essere fornita dal locatore o dall'ufficio del controllo degli abitanti).
5. Le parti si impegnano a comunicare immediatamente alla Cassa pensioni Posta qualsiasi cambiamento.
6. Sono espressamente riservate modifiche del piano di previdenza.

Partner della persona assicurata

Cognome

Nome

Data di nascita

Indirizzo

No. di sicurezza sociale

CAP

Località

Persona assicurata:

Partner della persona assicurata

Luogo, data

Firma

Luogo, data

Firma

Per eventuali chiarimenti sono raggiungibile:

E-mail

Telefono

Si prega di rinviare il modulo firmato e compilato in tutti i campi in modo ben leggibile.