

## Persona assicurata

Cognome	Numero di assicurazione
Nome	Data di nascita
	Numero di sicurezza sociale
Indirizzo	Stato civile

## 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 convivenza il/la partner convivente e la persona assicurata sono celibi/nubili, divorziati, vedovi o non sposati, la persona assicurata e il/la partner convivente non vivono in unione domestica registrata e non hanno alcun 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.
7. 

Sì	No
----	----

## Partner della persona assicurata

Cognome	Data di nascita
Nome	Numero di sicurezza sociale
Indirizzo	Stato civile
CAP, Località	
Persona assicurata	Partner della persona assicurata
<b>X</b>	<b>X</b>
Luogo, Data e Firma	Luogo, Data e Firma

Per eventuali chiarimenti sono raggiungibile:

E-mail	Telefono
--------	----------

Si prega di rinviare il modulo firmato e compilato dovutamente e in modo leggibile. Grazie!