

## Obbligo di supporto alla registrazione / partenariato civile (modello di accordo)

Denominazione del regime pensionistico

Nome del datore di lavoro

Categoria

### Persona assicurata

Nome

Nome

Data di nascita

Stato civile

singolo     sposato     divorziato     vedova  
 associazione registrata     partenariato disciolto

Numero di previdenza sociale

756.

Via, no.

CAP, Città

Indirizzo di contatto per domande durante il giorno (e-mail o numero di telefono)

### Il convivente e/o la persona fisica che è sostenuta in misura considerevole dalla persona assicurata:

Nome

Nome

Sesso

maschio     femminile

Data di nascita

Stato civile

singolo     sposato     divorziato     vedova  
 associazione registrata     partenariato disciolto

La persona assicurata, il convivente e/o la persona fisica confermano che

- da allora vivono come partner in \_\_\_\_\_ una famiglia comune senza interruzioni
- i sottoscritti si sostengono personalmente e finanziariamente per tutta la durata del rapporto;
- il partner superstite è responsabile del mantenimento di uno o più figlicomuni;
- la persona fisica è sostenuta in misura significativa dalla persona assicurata poiché (si prega di allegare l'accordo scritto).
- notifica immediatamente alla Fondazione lo scioglimento del partenariato.

È possibile anche un'unione civile ammissibile tra persone dello stesso sesso.

Con questa dichiarazione, revoco le dichiarazioni presentate in precedenza.

Luogo e data

Firma della persona assicurata

Luogo e data

Firma del partner/persona naturale

L'autenticità della firma della persona assicurata è confermata:

Luogo e data

Autenticazione da parte delle autorità ufficiali

L'autenticità della firma del partner/persona naturale è confermata:

Luogo e data

Autenticazione da parte delle autorità ufficiali

**Al momento del decesso, la Fondazione verifica se le condizioni per il versamento delle prestazioni sono soddisfatte.**