

Questionario inerente al defunto

Vogliate completare il presente questionario e inviarcelo al più presto

Defunto	Cognome / Nome: N° AVS: Stato civile: Se coniugato(a) o partenariato registrato, data esatta del matrimonio/partenariato: Se concubino data d'inizio di vita comune: Motivo del decesso: <input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> infortunio								
Rendita di superstite (art. 33–38 del Regolamento d'assicurazione)	Cognome: Cognome da nubile per la superstite: Nome: Indirizzo di domicilio: NPA / località: Data di nascita completa: N° AVS: <u style="color: red;">Dati per il versamento della rendita</u> Titolare del conto: Indirizzo bancario / postale: (versamento all'estero, allegare SWIFT / BIC) No IBAN conto di per il versamento: (allegare Estratto d'identità bancaria) Firma del superstite: Luogo, data:								
Rendita per figli (art. 39–42 del Regolamento d'assicurazione)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%; text-align: left;">Cognome / Nome</th> <th style="width: 40%; text-align: left;">Data di nascita</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	Cognome / Nome	Data di nascita
Cognome / Nome	Data di nascita								
.....								
.....								
.....								
Documenti da allegare	<ul style="list-style-type: none"> Copia dell'atto di morte ufficiale (rilasciato dal comune del luogo di decesso. <u>Estratto dell'atto di morte (CIEC) è insufficiente</u>) Copia delle carte AVS e carta d'identità (firmata) della superstite Copia del libretto di famiglia completo del defunto (incl. pagina dei figli) Nota importante (da farci pervenire debitamente datata e firmata) Copia dell'atto di partenariato ai sensi della legge federale (solo per le persone che vivono in concubinato) <p style="text-align: center;"><u>I versamenti delle prestazioni dovute saranno effettuati a ricezione dei documenti richiesti e del presente questionario completato</u></p>								

NOTA IMPORTANTE

(rif. art. 14 cpv. 3 e 4 del regolamento di assicurazione)

Cognome: **Nome:**

Data di nascita: **Stato civile:**

In qualità di beneficiario/a di prestazioni di superstita della nostra istituzione di previdenza, Lei è tenuto/a a comunicarci **immediatamente** per iscritto qualsiasi cambiamento della Sua situazione personale.

Concretamente, Lei è tenuto/a a comunicarci le seguenti informazioni :

- **modificazione delle prestazioni versate dall'AVS e/o dalla SUVA (assicurazione incidenti) e/o di qualsiasi altra prestazione simile versata da istituzioni di assicurazione sociale e/o di previdenza straniera, ecc.**
- **soppressione di prestazioni AVS e/o della SUVA**
- **soppressione di una rendita per i figli**
- **cambiamento di nome, di indirizzo, di stato civile, di conto IBAN (Postfinance o banca)**
- **ogni soggiorno di più di 3 mesi fuori dal domicilio conosciuto dalla CPK (per esempio all'estero)**
- **detenzione preventiva, esecuzione di pene detentive o di misure penali in Svizzera e all'estero**

In caso di violazione di queste disposizioni, la Cassa pensioni esigerà la restituzione delle prestazioni indebitamente pagate o percepite.

Inoltre, prendo buona nota che in futuro la Cassa pensioni esigerà la consegna periodica dei giustificativi relativi alle prestazioni versate da altre assicurazioni sociali.

Considerata l'importanza del contenuto del presente documento, La preghiamo di restituircelo debitamente datato e firmato.

Il/La sottoscritto/a conferma di aver preso conoscenza di tutti i punti precedenti.

Luogo, data:

Firma:

.....