

# Clausola beneficiaria

## Dati della persona assicurata

Datore di lavoro

Numero del portafoglio

Cognome

Nome

Via / n.

NPA / località

Data di nascita

Numero di assicurazione sociale (13 cifre)

756.

E-mail

## Beneficiari / beneficiario

In caso di decesso, la sottoscritta persona assicurata designa la seguente persona / le seguenti persone come avente / aventi diritto ai sensi del regolamento quadro.

### 1<sup>a</sup> persona

Cognome

Nome

Via / n.

NPA / località

Data di nascita

Avente diritto

%

Rapporto con la persona assicurata

### 2<sup>a</sup> persona

Cognome

Nome

Via / n.

NPA / località

Data di nascita

Avente diritto

%

Rapporto con la persona assicurata

### 3a persona

Cognome

Nome

Via / n.

NPA / località

Data di nascita

Avente diritto

%

Rapporto con la persona assicurata

### Avvertenze

La persona assicurata può revocare in qualsiasi momento per iscritto la clausola beneficiaria. I requisiti normativi vengono verificati al momento del decesso della persona assicurata.

### Firma

Luogo, data

Firma della persona assicurata

### Conferma

La ricezione della clausola beneficiaria è confermata a nome della Katharinen Pensionskasse II:

Luogo, data

Firma Katharinen Pensionskasse II

Si prega di inviare il formulario compilato al seguente indirizzo:

**Allvisa Services AG, Karina Togni, casella postale, 8027 Zurigo**