AHV-KASSE METZGER
CAISSE AVS DES BOUCHERS
CASSA AVS DEI MACELLAI

AHV-KASSE · CAISSE AVS · CASSA AVS · 34
Wyttenbachstrasse 24 · Postfach · 3000 Bern 22
**www.ahvpkmetzger.ch**

# Conferma della convivenza, concubinato

all'attenzione della Cassa pensione dei Macellai

## Generalità

Persona assicurata

Cognome, nome: _____

Numero AVS: _____ Data di nascita: _____

Convivente

Cognome, nome: _____

Numero AVS: _____ Data di nascita: _____

## Comunione domestica

Via e numero: _____

CAP, luogo: _____

Data d'inizio della comunione domestica: _____

## Designazione dei beneficiari

La persona assicurata prende atto che, in caso di sua morte, il/la convivente sarà designato/a come beneficiario in conformità alle disposizioni del regolamento. Questo presuppone che al momento del decesso sia assicurata una rendita per il/la convivente e che sussista un regime di convivenza come da regolamento.

## Convivenza su cui si fonda il diritto

Tale convivenza è data se, al momento del decesso della persona assicurata, entrambi i conviventi non sono coniugati, non vivono in unione domestica registrata e non sono legati da vincoli di parentela nonché
- il convivente superstite negli ultimi cinque anni hanno vissuto ininterrottamente in co-munione domestica
- o il convivente superstite deve provvedere al sostentamento di uno o più figli comuni.

Non sussiste alcun diritto alla rendita se il convivente superstite percepisce già una rendita per coniugi o conviventi erogata da un ente di previdenza nazionale o estero.

## Conferma della persona assicurata

La persona assicurata dichiara che
- entrambi i conviventi non sono coniugati, non vivono in unione domestica registrata né sono legati da vincoli di parentela,
- vivono in comunione domestica e
- conducono un regime di convivenza.

## Firme

I sottoscritti confermano il regime di convivenza. Hanno preso conoscenza del fatto che in caso di prestazione dovranno essere esaminate adeguatamente e soddisfatte le condizioni per una convivenza che dia diritto alla prestazione.

Firma della persona assicurata: _____

Firma del/della convivente: _____

Luogo, data: _____

*Inviare a:*

Cassa pensione dei Macellai
c/o Cassa di Compensazione AVS
dei Macellai
Wyttenbachstrasse 24
Casella postale
3000 Berna 22