

Dichiarazione di partnerariato / Contratto per obblighi di sostentamento

Datore di lavoro **n° contratto**

L'assicurata/o

Signor Signora

Cognome Nome

Via NPA, Località

Stato civile n° assicurato

Se sposato, nome del coniuge

Questa convenzione / questo contratto è stata / o stipulata / o tra le seguenti parti:

Persona assicurata Data di nascita

e

Persona beneficiaria Data di nascita

Stato civile

Quale rapporto esiste tra la «persona assicurata» e la «persona beneficiaria»?

partner notificato altra persona specificare

con abitazione in comune (indicare l'indirizzo) dal

con abitazione separata (indirizzo non necessario)

Via NPA, Località

La «persona beneficiaria» è stata / é a carico in misura preponderante della «persona assicurata» (partecipazione ai costi per almeno il 50%)?

Sì No

Questa convenzione di partnerariato / Questo contratto per obblighi di sostentamento può essere stipulata / o quando l'assicurato è in vita, ma deve essere consegnata alla Tellico pkPRO entro tre mesi dal decesso.

Luogo, data Persona beneficiaria

Luogo, data Persona assicurata

Copia del presente documento depositata presso. (p.e. avvocato, parenti, amici, banca, incarto personale presso il datore di lavoro)