

Dichiarazione di partnerariato / Contratto per obblighi di sostentamento

Datore di lavoro **n° contratt**

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)
Indirizzo 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 pkFLEX 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)