



Dichiarazione beneficiaria per persone single

Siamo lieti che abbia deciso di occuparsi della sua dichiarazione beneficiaria. Troverà indicazioni e informazioni utili

- in qualità di socia/socio della cassa pensione, nel Regolamento della cassa art. 24 (capitale in caso di decesso) e art. 24b (rendita di vecchiaia e rendita di vecchiaia per invalidi con protezione del capitale di 5 anni);
- in qualità di persona assicurata della Fondazione di previdenza nel Regolamento di previdenza, art. 22 (rendita per partner) o art. 24 (capitale in caso di decesso);
- nella nostra scheda tecnica sull'ordine delle persone beneficiarie con esempi d'applicazione pratici.

Richiamiamo la sua attenzione sul fatto che

- le persone beneficiarie devono essere comunicate all'Asga quando la persona assicurata è ancora in vita;
- il Regolamento della cassa e il Regolamento di previdenza della Fondazione di previdenza in vigore possono essere consultati sul sito www.asga.ch.

Le nostre possibilità per nominare delle persone beneficiarie

Il capitale in caso di decesso (art. 24 Regolamento della cassa/Regolamento di previdenza) è dovuto se la **persona assicurata decede prima del pensionamento**.

Il capitale in caso di decesso corrisponde sostanzialmente all'avere di vecchiaia disponibile al momento del decesso, al netto di eventuali valori in contanti delle prestazioni sotto forma di rendita a favore della partner/del partner e a favore della partner divorziata/del partner divorziato nonché al netto delle liquidazioni in capitale ai sensi dell'art. 23 n. 5 e 9 del Regolamento della cassa e dell'art. 22 n. 5 e 9 del Regolamento di previdenza.

Se una persona beneficiaria di una rendita di vecchiaia muore nei primi 5 anni successivi al pensionamento o dopo l'ultima fase del pensionamento parziale, è dovuto un capitale in caso di decesso. L'importo del capitale in caso di decesso corrisponde a 5 rendite annue (importo al



momento del pensionamento) al netto del diritto alla rendita maturato fino al momento del decesso (art. 24b del Regolamento della cassa).

Hanno diritto al capitale di decesso le persone superstiti indicate di seguito:

Gruppo a: la coniuge/il coniuge o la partner registrata/il partner registrato

Gruppo b: la partner/il partner convivente ai sensi dell'art. 23 n. 2 del Regolamento della cassa e dell'art. 22 n. 2 del Regolamento di previdenza

Gruppo c: la persona che deve provvedere al sostentamento di uno o più figli comuni

Gruppo d: le persone fisiche al cui sostentamento la persona defunta ha provveduto in modo considerevole

Gruppo e: le figlie e i figli ai sensi dell'art. 252 CC

Gruppo f: i genitori

Gruppo g: i fratelli e le sorelle

Gruppo h: gli altri eredi legittimi nella misura della metà del capitale in caso di decesso, ad esclusione dell'ente pubblico



Nota

- ▶ Per meglio prendere in considerazione lo scopo della previdenza sulla base delle circostanze individuali, è possibile **definire individualmente la quota di ripartizione** fra gli aventi diritto **all'interno dei vari gruppi a-h**.
- ▶ I gruppi b-d sono presi in considerazione solo se queste persone ci sono state notificate con una dichiarazione beneficiaria.
- ▶ È inoltre possibile modificare l'**ordine** dei gruppi **b-d oppure dei gruppi f-g**.

Come procedere

1. Valuti quale persona o quali persone indicare al primo posto della clausola beneficiaria.
2. Inserisca questa persona o queste persone al 1° posto nella clausola beneficiaria e definisca la ripartizione percentuale. Se una delle persone elencate è già deceduta, il capitale in caso di decesso sarà ripartito proporzionalmente tra le persone rimanenti al 1° posto.
3. Ai posti 2, 3 e seguenti può inserire altre persone beneficiarie. Queste persone saranno tuttavia prese in considerazione solo se tutte le persone dei posti precedenti sono decedute.



Dichiarazione beneficiaria per persone single

Compilare in stampatello. La compilazione integrale dei moduli evita inutili complicazioni sia a voi che a noi.

☐ Pensionskasse (Cassa pensione)

☐ Vorsorgestiftung (Fondazione di previdenza)

1. Persona assicurata

Cognome

Nome

Numero di assicurazione sociale

Data di nascita

Sesso

☐ m ☐ f

Stato civile

☐ celibe/nubile ☐ unione domestica registrata ☐ coniugata/o ☐ divorziata/o ☐ vedova/o

Via, n.

NPA

Luogo

Telefono privato

Telefono lavoro

Telefono cellulare

E-mail

Datore di lavoro

N° di socio/n° di contratto

Luogo

Data

Firma della persona assicurata

Con la sua firma conferma di aver preso conoscenza delle possibilità di nominare delle persone beneficiarie ai sensi del Regolamento della cassa dell'Asga e del Regolamento di previdenza della Fondazione di previdenza.

► Voglia inviare questo formulario debitamente compilato e firmato all'Asga, casella postale, 9001 San Gallo.

i

Importante

La presente dichiarazione revoca tutte le dichiarazioni beneficiarie rilasciate in precedenza nell'ambito della previdenza professionale. La persona assicurata prende atto che, ai fini della validità della presente dichiarazione, non sono determinanti le circostanze attuali né le disposizioni regolamentari e legali attuali, bensì quelle vigenti al momento del decesso.



Clausola beneficiaria – 1° posto

Gruppo	Clausola beneficiaria	Quota in % del capitale in caso di decesso	Cognome, nome	Data di nascita	Indirizzo	Stato civile
Figlia/o 1 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 2 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 3 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 4 *	☐ sì ☐ no					
Persona che deve provvedere al sostentamento di uno o più figli comuni	☐ sì ☐ no					
Persona o persone a carico	☐ sì ☐ no					
Persona o persone a carico	☐ sì ☐ no					
Genitore 1	☐ sì ☐ no					
Genitore 2	☐ sì ☐ no					
Fratello/sorella 1	☐ sì ☐ no					
Fratello/sorella 2	☐ sì ☐ no					
Altri eredi legittimi	☐ sì ☐ no					
Altri eredi legittimi	☐ sì ☐ no					

* I vari gruppi non si possono combinare tra loro.

*In presenza di figlie/figli, questo gruppo deve essere inserito al primo posto nella clausola beneficiaria.

Firma della persona assicurata



Clausola beneficiaria – 2° posto						
Gruppo	Clausola beneficiaria	Quota in % del capitale in caso di decesso	Cognome, nome	Data di nascita	Indirizzo	Stato civile
Figlia/o 1 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 2 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 3 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 4 *	☐ sì ☐ no					
Persona che deve provvedere al sostentamento di uno o più figli comuni	☐ sì ☐ no					
Persona o persone a carico	☐ sì ☐ no					
Persona o persone a carico	☐ sì ☐ no					
Genitore 1	☐ sì ☐ no					
Genitore 2	☐ sì ☐ no					
Fratello/sorella 1	☐ sì ☐ no					
Fratello/sorella 2	☐ sì ☐ no					
Altri eredi legittimi	☐ sì ☐ no					
Altri eredi legittimi	☐ sì ☐ no					

* I vari gruppi non si possono combinare tra loro.

*In presenza di figlie/figli, questo gruppo deve essere inserito al primo posto nella clausola beneficiaria.

Firma della persona assicurata

**Clausola beneficiaria – 3° posto**

Gruppo	Clausola beneficiaria	Quota in % del capitale in caso di decesso	Cognome, nome	Data di nascita	Indirizzo	Stato civile
Figlia/o 1 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 2 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 3 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 4 *	☐ sì ☐ no					
Persona che deve provvedere al sostentamento di uno o più figli comuni	☐ sì ☐ no					
Persona o persone a carico	☐ sì ☐ no					
Persona o persone a carico	☐ sì ☐ no					
Genitore 1	☐ sì ☐ no					
Genitore 2	☐ sì ☐ no					
Fratello/sorella 1	☐ sì ☐ no					
Fratello/sorella 2	☐ sì ☐ no					
Altri eredi legittimi	☐ sì ☐ no					
Altri eredi legittimi	☐ sì ☐ no					

* I vari gruppi non si possono combinare tra loro.

*In presenza di figlie/figli, questo gruppo deve essere inserito al primo posto nella clausola beneficiaria.

Firma della persona assicurata

► Si prega di inviare questo modulo debitamente compilato all'Asga, Casella postale, 9001 San Gallo.



Clausola beneficiaria – 4° posto						
Gruppo	Clausola beneficiaria	Quota in % del capitale in caso di decesso	Cognome, nome	Data di nascita	Indirizzo	Stato civile
Figlia/o 1 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 2 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 3 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 4 *	☐ sì ☐ no					
Persona che deve provvedere al sostentamento di uno o più figli comuni	☐ sì ☐ no					
Persona o persone a carico	☐ sì ☐ no					
Persona o persone a carico	☐ sì ☐ no					
Genitore 1	☐ sì ☐ no					
Genitore 2	☐ sì ☐ no					
Fratello/sorella 1	☐ sì ☐ no					
Fratello/sorella 2	☐ sì ☐ no					
Altri eredi legittimi	☐ sì ☐ no					
Altri eredi legittimi	☐ sì ☐ no					

* I vari gruppi non si possono combinare tra loro.

*In presenza di figlie/figli, questo gruppo deve essere inserito al primo posto nella clausola beneficiaria.

Firma della persona assicurata

**Clausola beneficiaria – 5° posto**

Gruppo	Clausola beneficiaria	Quota in % del capitale in caso di decesso	Cognome, nome	Data di nascita	Indirizzo	Stato civile
Figlia/o 1 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 2 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 3 *	☐ sì ☐ no					
Figlia/o 4 *	☐ sì ☐ no					
Persona che deve provvedere al sostentamento di uno o più figli comuni	☐ sì ☐ no					
Persona o persone a carico	☐ sì ☐ no					
Persona o persone a carico	☐ sì ☐ no					
Genitore 1	☐ sì ☐ no					
Genitore 2	☐ sì ☐ no					
Fratello/sorella 1	☐ sì ☐ no					
Fratello/sorella 2	☐ sì ☐ no					
Altri eredi legittimi	☐ sì ☐ no					
Altri eredi legittimi	☐ sì ☐ no					

* I vari gruppi non si possono combinare tra loro.

*In presenza di figlie/figli, questo gruppo deve essere inserito al primo posto nella clausola beneficiaria.

Firma della persona assicurata