

Modulo di designazione dei soggetti destinatari della prestazione in caso di premorienza¹

(Modulo redatto avendo a riferimento il documento approvato dalla Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione in data 15 luglio 2008: "Orientamenti interpretativi in merito all'articolo 14, comma 3 del Decreto Legislativo n. 252/2005 - Riscatto della posizione in caso di decesso dell'iscritto".)

Posizione Previndai: _____ | _____ sottoscritt _____

C.F. _____ nat_ a _____ prov. _____ il ____/____/____
 con indirizzo _____ c.a.p.: _____ località: _____
 prov.: _____ tel.: _____ e-mail: _____

REVOCA qualsiasi precedente designazione (subentrando, in caso di premorienza, gli eredi legittimi o testamentari)

DESIGNA in caso di sua premorienza ai sensi dell'art. 14, co.3, D.Lgs. 252/2005 i sotto indicati soggetti destinatari della prestazione, revocando eventuali altre precedenti designazioni. Nel caso in cui un soggetto designato deceda prima dell'iscritto, la quota a lui attribuita verrà liquidata agli eredi legittimi e/o testamentari dell'iscritto stesso, salvo non intervenga una nuova designazione.

COMPILARE IN STAMPATELLO

Beneficiario 1	Cognome: _____ Nome: _____	Quota % attribuita del beneficio ³ _____, _____ %
	Codice Fiscale: _____ Data di nascita: __/__/____	
	Comune di residenza: _____ Indirizzo: _____	Cap: _____
	Provincia: _____ Nazione: _____	Email: _____ Cell: _____

Beneficiario 2²	Cognome: _____ Nome: _____	Quota % attribuita del beneficio ³ _____, _____ %
	Codice Fiscale: _____ Data di nascita: __/__/____	
	Comune di residenza: _____ Indirizzo: _____	Cap: _____
	Provincia: _____ Nazione: _____	Email: _____ Cell: _____

Beneficiario 3²	Cognome: _____ Nome: _____	Quota % attribuita del beneficio ³ _____, _____ %
	Codice Fiscale: _____ Data di nascita: __/__/____	
	Comune di residenza: _____ Indirizzo: _____	Cap: _____
	Provincia: _____ Nazione: _____	Email: _____ Cell: _____

Beneficiario 4²	Cognome: _____ Nome: _____	Quota % attribuita del beneficio ³ _____, _____ %
	Codice Fiscale: _____ Data di nascita: __/__/____	
	Comune di residenza: _____ Indirizzo: _____	Cap: _____
	Provincia: _____ Nazione: _____	Email: _____ Cell: _____

DICHIARA di aver fornito ai soggetti sopra indicati, informazioni in merito al trattamento dei dati personali e di aver consegnato agli stessi l'informativa messa a disposizione dal Fondo ai sensi degli artt. 13 e 14 Regolamento UE 2016/679

_____, ____/____/____ (luogo) _____, ____/____/____ (data) _____ (Firma **autografa** del dirigente/del familiare maggiorenne capace)

Allegare copia documento di identità dell'iscritto in corso di validità

NOTE PER LA COMPILAZIONE

- L'art. 14, comma 3, del D.Lgs. n. 252/2005, recita che: "In caso di morte dell'aderente ad una forma pensionistica complementare prima della maturazione del diritto alla prestazione pensionistica l'intera posizione individuale maturata è riscattata dagli eredi ovvero dai diversi soggetti dallo stesso designati, siano essi persone fisiche o giuridiche. In mancanza di tali soggetti (...)".
- Barrare i riquadri non utilizzati.
- In presenza di più soggetti designati, se non diversamente indicate, le percentuali vengono assunte in quote uguali.