

**DATI DELL'ISCRITTO**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Comune (st. estero) di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( ) Telefono: \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto, DESIGNA quale proprio beneficiario/i:**

**DATI DEL BENEFICIARIO N° 1**

**% di beneficio** [ \_ \_ \_ ]

Cognome/Ragione Sociale: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita IVA: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Comune (st. estero) di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( ) Telefono: \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( )

**DATI DEL BENEFICIARIO N° 2**

**% di beneficio** [ \_ \_ \_ ]

Cognome/Ragione Sociale: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita IVA: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Comune (st. estero) di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( ) Telefono: \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( )

**DATI DEL BENEFICIARIO N° 3**

**% di beneficio** [ \_ \_ \_ ]

Cognome/Ragione Sociale: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita IVA: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Comune (st. estero) di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( ) Telefono: \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( )

**AVVERTENZE**

Il presente Modulo andrà compilato, alla luce del disposto dell'art. 10, comma 3-ter del D.Lgs. 124/93, per l'indicazione del beneficiario in caso di morte dell'aderente prima della maturazione del diritto alla prestazione pensionistica. A tal fine si invita a prendere visione delle **allegate Istruzioni** per la compilazione del Modulo.

Nel caso in cui i beneficiari designati siano più di uno, è consentito all'aderente stabilire la quota da riconoscere a ciascuno di essi, precisando nella casella "% di beneficio" la percentuale della prestazione che si intende attribuire. Qualora si intendano designare diversi beneficiari tra di loro alternativi (ad es. il beneficiario n. 2 deve ricevere la prestazione solo in caso di morte del beneficiario n. 1) indicare per tutti la percentuale del 100%.

Diversamente indicare la percentuale della prestazione che si intende attribuire a ciascuno rispetto al totale della prestazione disponibile. In mancanza di alcuna specifica indicazione in tal senso la posizione individuale sarà ripartita in parti uguali

**Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso le istruzioni per la compilazione che sono parte integrante del presente modulo.**

**Nel caso in cui, nel corso della partecipazione alla fase di accumulo del Fondo Pensione, la natura del rapporto di lavoro si trasformi da PUBBLICA a PRIVATA, si rende necessaria una nuova compilazione del Modulo di "designazione dei beneficiari della prestazione previdenziale", modificandosi la normativa di settore che disciplina la fattispecie. Laddove non si provveda a detta ricompilazione, alla presente designazione verranno applicate le norme del DLgs 252/05, art. 14 comma 3. Secondo tale norma, in caso di morte dell'aderente al Fondo Pensione prima della maturazione del diritto alla prestazione pensionistica, la posizione individuale sarà devoluta ai seguenti soggetti:**

- ai **beneficiari** dallo stesso designati, con prevalenza degli stessi sugli eredi, ferma restando la possibilità di designare quali beneficiari soggetti aventi la qualifica di erede; in caso di designazione di persona giuridica dovrà essere indicata la ragione sociale;
- in assenza di una specifica manifestazione di volontà dell'aderente, agli eredi testamentari o, in assenza di un testamento, agli eredi legittimi; eredi legittimi sono quelli previsti dal Codice Civile (ad esempio il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli e le sorelle, etc. del deceduto).

**In mancanza di tali soggetti la posizione resta acquisita al Fondo Pensione.**

**La presente designazione sostituisce ogni eventuale precedente indicazione di beneficiari effettuata dall'iscritto.**

Data Compilazione: ..... / ..... / .....

Firma: \_\_\_\_\_

**Il presente modulo deve essere inviato a mezzo RACCOMANDATA A/R, allegando anche un documento di identità dell'aderente e dei beneficiari designati all'indirizzo:**