

## COMUNICAZIONE DEI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE

### DATI DELL'ADERENTE

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale:  Sesso: M  F  Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comune (st. estero) di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( ) Telefono: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( )

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

### DATI DEL BENEFICIARIO N° 1

Cognome/Ragione Sociale: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/P.IVA:  Sesso: M  F  Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comune (st. estero) di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( ) Telefono: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( )

Status:  Coniuge  Figlio/a  Genitore  Fratello/Sorella  Altro Erede (specificare) .....

Percentuale di beneficio: \_\_\_\_\_ %

### DATI DEL BENEFICIARIO N° 2

Cognome/Ragione Sociale: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/P.IVA:  Sesso: M  F  Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comune (st. estero) di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( ) Telefono: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( )

Status:  Coniuge  Figlio/a  Genitore  Fratello/Sorella  Altro Erede (specificare) .....

Percentuale di beneficio: \_\_\_\_\_ %

### DATI DEL BENEFICIARIO N° 3

Cognome/Ragione Sociale: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/P.IVA:  Sesso: M  F  Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comune (st. estero) di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( ) Telefono: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( )

Status:  Coniuge  Figlio/a  Genitore  Fratello/Sorella  Altro Erede (specificare) .....

Percentuale di beneficio: \_\_\_\_\_ %

**Il sottoscritto dichiara**, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che: quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità;  
E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione op uso di atti falsi.

.....Firma \_\_\_\_\_

### ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO

Si ricorda che in forza dell'art. 14, comma 3, del D.Lgs. 252/05 in caso di decesso dell'iscritto prima della maturazione dei requisiti per la prestazione possono presentare domanda di riscatto gli eredi ovvero i diversi beneficiari, persone fisiche o giuridiche, designati dall'iscritto. In mancanza di tali soggetti la posizione rimarrà acquisita al Fondo Pensione. E' possibile indicare uno o più beneficiari della prestazione, precisando nella casella "Percentuale di beneficio" la percentuale della prestazione che si intende attribuire a ciascuno. 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 della prestazione che si intende attribuire a ciascuno rispetto al totale della prestazione disponibile. N.B.: la presente designazione sostituisce ogni eventuale precedente indicazione di beneficiari effettuata dall'iscritto.

.....Data di compilazione \_\_\_\_\_

**Da spedire a cura dell'iscritto all'indirizzo di Marco Polo Fondo Pensione.**