

1. COPIA DEL **DOCUMENTO DI IDENTITÀ** IN CORSO DI VALIDITÀ DELL'ADERENTE E DEL/I DESIGNATO/I
2. COPIA DEL **CODICE FISCALE/TESSERA SANITARIA** DELL'ADERENTE E DEL/I DESIGNATO/I

DESIGNAZIONE AVENTI TITOLO AL RISCATTO PER PREMORIANZA

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO

Cognome										Nome									
Codice Fiscale															Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Nato a					Prov.					Stato					il				
Residente a															Prov.				
Via/Piazza										Num.					Cap				
Telefono fisso					Cellulare					e-mail									

SCelta SULLA DESIGNAZIONE

Il sottoscritto DESIGNA quali aventi titolo al riscatto per premorienza della prestazione previdenziale in caso di premorienza i seguenti.

DESIGNATO N°1

Percentuale di Designazione: _____ %										<input type="checkbox"/> Persona fisica					<input type="checkbox"/> Persona giuridica				
Cognome/Ragione sociale										Nome									
Codice Fiscale/P.Iva															Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Nato a					Prov.					Stato					il				
Residente a															Prov.				
Via/Piazza										Num.					Cap				
Telefono fisso					Cellulare					e-mail									

DESIGNATO N°2

Percentuale di Designazione: _____ %										<input type="checkbox"/> Persona fisica					<input type="checkbox"/> Persona giuridica				
Cognome/Ragione sociale										Nome									
Codice Fiscale/P.Iva															Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Nato a					Prov.					Stato					il				
Residente a															Prov.				
Via/Piazza										Num.					Cap				
Telefono fisso					Cellulare					e-mail									

Per l'indicazione della percentuale di designazione da assegnare ad ogni designato si leggano le istruzioni.



CONFERMO:

- di aver preso visione delle istruzioni sotto riportate e delle conseguenze derivanti dalla compilazione del presente modulo
- di aver informato il designato circa la sua designazione e di aver ricevuto il suo consenso circa il trattamento dei suoi dati personali.

I Suoi dati saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, del D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i., come da informativa ricevuta in fase di adesione, disponibile anche sul sito web del Fondo e/o all'interno dell'area riservata.

Data _____

Firma dell'aderente _____



DA COMPILARE E FIRMARE SOLO IN CASO DI PIÙ DI DUE DESIGNATI

DESIGNATO N°3											
Percentuale di Designazione: _____ %						<input type="checkbox"/> Persona fisica			<input type="checkbox"/> Persona giuridica		
Cognome/Ragione sociale						Nome					
Codice Fiscale/P.Iva						Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Nato a				Prov.		Stato		il			
Residente a						Prov.					
Via/Piazza						Num.		Cap			
Telefono fisso				Cellulare				e-mail			

DESIGNATO N°4											
Percentuale di Designazione: _____ %						<input type="checkbox"/> Persona fisica			<input type="checkbox"/> Persona giuridica		
Cognome/Ragione sociale						Nome					
Codice Fiscale/P.Iva						Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Nato a				Prov.		Stato		il			
Residente a						Prov.					
Via/Piazza						Num.		Cap			
Telefono fisso				Cellulare				e-mail			



Per l'indicazione della percentuale di designazione da assegnare ad ogni designato si leggano le istruzioni.

CONFERMO:

di aver preso visione delle istruzioni sotto riportate e delle conseguenze derivanti dalla compilazione del presente modulo di aver informato il designato circa la sua designazione e di aver ricevuto il suo consenso circa il trattamento dei suoi dati personali.

I Suoi dati saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, del D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i., come da informativa ricevuta in fase di adesione, disponibile anche sul sito web del Fondo e/o all'interno dell'area riservata.

Data _____

Firma dell'aderente _____



IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E INVIATO PER POSTA IN ORIGINALE a Fondo Pensione PREVIDENZA COOPERATIVA



PER POSTA

Via Carlo Bartolomeo Piazza, 8 00161 Roma

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

designazione aventi titolo al riscatto per premorienza

In caso di morte dell'aderente ad una forma pensionistica complementare l'intera posizione individuale maturata viene riscattata dai soggetti dallo stesso designati, siano essi persone fisiche o giuridiche, o, in assenza di questi, dagli eredi individuati dalle norme del codice civile in tema di successione o dal testamento.

In base agli orientamenti interpretativi Covip del 15 luglio 2008, nel caso in cui l'iscritto indichi un designato, tale designazione avrà prevalenza rispetto ai soggetti individuati dalle disposizioni del codice civile in materia di successione. Il criterio di ripartizione tra gli aventi titolo è quello definito dall'iscritto designante. In mancanza di indicazioni la posizione sarà ripartita in parti uguali tra gli aventi titolo.

In mancanza di designazione degli aventi titolo al riscatto per premorienza, la posizione previdenziale viene riscattata in parti uguali dagli eredi dell'iscritto deceduto individuati dalle norme del codice civile in tema di successione.

DATI ANAGRAFICI

Indica correttamente tutti i dati richiesti.

DESIGNATI

È possibile indicare uno o più aventi titolo al riscatto per premorienza, precisando nella casella "Percentuale di designazione", la percentuale che si intende attribuire a ciascuno di essi. In caso di mancata compilazione della casella "Percentuale di designazione", la posizione individuale riscattata verrà ripartita in parti uguali tra tutti i designati indicati. Qualora si voglia designare più aventi titolo al riscatto per premorienza in via alternativa tra di loro le percentuali di designazione indicate saranno per ciascuno pari al 100% della posizione accumulata (il designato n.2 subentra in caso di decesso del designato n.1° o di sua esplicita rinuncia e così via).

Qualora il decesso del designato avvenga prima di quello dell'aderente, la posizione verrà riscattata dagli eredi dell'aderente individuati dalle norme del codice civile in tema di successione o dal testamento, salvo sua diversa indicazione.

Se il designato non è una persona fisica, riportare la sua denominazione in corrispondenza del campo "cognome" e compilare gli altri campi solo se pertinenti.

DOCUMENTI DA ALLEGARE



Copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale/tessera sanitaria dell'aderente e del/i designato/i

AVVERTENZE



La presente designazione annulla e sostituisce ogni eventuale precedente designazione effettuata dall'iscritto.

La designazione effettuata non sarà più valida in caso di trasferimento ad altro fondo pensione.

Si ricorda che in assenza di eredi e in assenza di designati la posizione resterà acquisita al fondo pensione previa decorrenza del termine prescrizione di 10 anni.

L'incompleta compilazione del presente modulo, la mancata sottoscrizione dello stesso o l'assenza della documentazione richiesta comportano l'automatico rigetto della designazione. Parimenti non sono ritenute efficaci designazioni pervenute a mezzo fax o a mezzo e-mail o a mezzo posta elettronica certificata (PEC).

Il presente modulo, con copia di un documento di identità valido e codice fiscale/tessera sanitaria dell'iscritto e del/i designato/i, deve essere inviato IN ORIGINALE al seguente indirizzo: Via Carlo Bartolomeo Piazza, 8 00161 Roma.

PER INFORMAZIONI CHIAMARE



04221745957

- Il costo del servizio telefonico è paragonabile a quello di una chiamata da rete fissa e la tariffazione dipende dal proprio operatore di telefonia fissa o mobile.