

## 1 - DATI DELL'ADERENTE

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

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

Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( )  
(o stato estero)

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Provincia ( )

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Tel. (preferib. cellulare): /

Azienda (rag. soc.): \_\_\_\_\_ e - mail: \_\_\_\_\_

## 2 - OPZIONE PRESCELTA

L'aderente (eredi/beneficiari), in possesso dei requisiti di legge e nel rispetto delle condizioni previste dallo Statuto, richiede:

A)  **EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA** secondo le modalità di seguito indicate:

*NOTA BENE: Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, con almeno 5 anni di partecipazione alle Forme Pensionistiche Complementari. Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce anche a fronte di disoccupazione superiore a 4 anni e con un anticipo massimo di 5 anni rispetto ai requisiti per l'accesso alle prestazioni nel regime obbligatorio di appartenenza.*

100% capitale  50% capitale - 50% rendita  capitale .....% - rendita .....%

*Nel solo caso di richiesta di erogazione totale o parziale di una rendita pensionistica, compilare anche la sezione sottostante*

- Rendita prescelta: *(barrare una sola casella)*
- 1)  Rendita vitalizia vita natural durante.
  - 2)  Rendita vitalizia reversibile.
  - 3)  Rendita vitalizia pagabile in modo certo per i primi 5 anni (e successivamente vitalizia);
  - 4)  Rendita vitalizia pagabile in modo certo per i primi 10 anni (e successivamente vitalizia);
  - 5)  Rendita vitalizia con raddoppio dell'importo in caso di non autosufficienza (LTC - Long Term Care)
  - 6)  Rendita vitalizia con raddoppio dell'importo in caso di non autosufficienza (LTC - Long Term Care) reversibile
  - 7)  Rendita vitalizia immediata rivalutabile controassicurata.

*Reversibilità (da compilare solo si sceglie l'ipotesi 2) o 6).*

Cognome e nome del reversionario/i \_\_\_\_\_ Percentuale reversibilità:  Trimestrale  Annuale  
*(allegare copia del documento di identità del reversionario)* 60%  100%  *(barrare una sola casella)*

*Frequenza di erogazione:*

B)  **RISCATTO PARZIALE** (Art. 14, c.2, lett. b) D.lgs. 252/05) nella misura del 50,00 % a causa di uno dei seguenti motivi:  
*(barrare una sola casella)*

B1  Cessazione dell'attività lavorativa con disoccupazione non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi

B2  Ricorso da parte dell'azienda a procedure di mobilità *(Vedi ISTRUZIONI)*

B3  Ricorso da parte dell'azienda a procedure di cassa integrazione guadagni ordinaria o straord. a zero ore per almeno 12 mesi

*ATTENZIONE: NEL CASO DI CASSA INTEGRAZIONE IL MODULO VA ACCOMPAGNATO DALLA ATTESTAZIONE DELL'AZIENDA CIRCA LA DECORRENZA DEL PERIODO DI CASSA INTEGRAZIONE (ORDINARIA E/O STRAORDINARIA) A ZERO ORE CHE ABBIÀ DETERMINATO UNA SOSPENSIONE TOTALE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA (Vedi ISTRUZIONI)*

C)  **RISCATTO totale** (Art. 14, c.2, lett. b) D.lgs. 252/05) a causa di uno dei seguenti motivi: *(barrare una sola casella)*

C1  Cessazione dell'attività lavorativa con disoccupazione superiore a 48 mesi

C2  Invalidità permanente che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo

C3  Decesso dell'aderente

D)  **RISCATTO IMMEDIATO** alla cessazione rapporto di lavoro - *attenzione: fiscalità non agevolata.*  
*(Art. 12, c.2, lett. d) Statuto del Fondo ex Art. 14, c.5, D.lgs. 252/05)*

### 3 - COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'ADERENTE o degli eredi/beneficiari)

Indicare tassativamente le coordinate bancarie del conto corrente su cui desiderate che venga effettuato il pagamento.

Solo se non si dispone di conto corrente contattare il Fondo prima di spedire il modulo.

CODICE PAESE    CIN EURO    CIN    ABI    CAB    NUMERO DI CONTO CORRENTE

IBAN:

Intestato a: \_\_\_\_\_ Banca e Filiale: \_\_\_\_\_

### 4 - DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI (compilazione e sottoscrizione a cura dell'ADERENTE o degli eredi/beneficiari)

A)  ha ricevuto ANTICIPAZIONI da questo o altro Fondo Pensione in data: \_\_\_\_\_  
Fondo Pensione che ha erogato l'anticipazione: \_\_\_\_\_

B)  NON ha portato in deduzione i contributi riportati nella tabella a lato, versati a QUESTO FONDO O AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA:

Anno	Eventuale contributo non dedotto	Anno	Eventuale contributo non dedotto
2001	€	2006	€
2002	€	2007	€
2003	€	2008	€
2004	€	2009	€
2005	€	2010	€

C) MOTIVO CESSAZIONE. L'aderente dichiara che:

c1)  ha cessato l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo per:

- Volontà delle parti (dimissioni, licenziamento, risoluzione consensuale, cambio inquadramento)  
 Causa indipendente dalla volontà delle parti (mobilità, fallimento, fondo esuberi, cassa integr. guadagni)

c2)  ha raggiunto il pensionamento (ovvero raggiunge i requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza)

D) La Data di prima iscrizione a forme pensionistiche complementari è il: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

E) Gli eredi/beneficiari dichiarano che:

L'aderente è deceduto.

Il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità:

- dichiara di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente e dallo Statuto di Solidarietà Veneto - Fondo Pensione (puntualizzati nella Nota informativa e nel "Documento sul regime fiscale" presenti anche nel sito [www.solidarietaveneto.it](http://www.solidarietaveneto.it), di cui ha preso visione) per l'esercizio dell'opzione prescelta.
  - dichiara che quanto riportato nel presente documento corrisponde a verità.
  - accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CUD, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo unitamente ai conteggi di liquidazione della posizione previdenziale e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro un mese dalla data di accredito dell'importo erogato (in caso di pagamento tramite bonifico) o di incasso allo sportello bancario.
- E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali (art. 76 del predetto D.P.R.), in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_.  
(Luogo e data di compilazione)

.....  
(firma)

**ATTENZIONE:** LA RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE DEVE ESSERE INOLTRATA AL FONDO ALLEGANDO COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' E DEL CODICE FISCALE. L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione rendono irregolare la domanda stessa che sarà rigettata e dunque rimessa al richiedente per il completamento.

Spedire il modulo e la documentazione a corredo al seguente indirizzo:  
(indicare il mittente e riportare sulla busta la dicitura "MODULO LIQUIDAZIONE")

SOLIDARIETA' VENETO - FONDO PENSIONE  
Via F.lli Bandiera 54/58 - 30175 Marghera (Ve)

Se non è richiesta documentazione a corredo saranno accettati moduli di liquidazione ricevuti tramite fax al numero:

041 - 976268

### 6 - EVENTUALE DOCUMENTAZIONE A CORREDO

In caso di **Richiesta di liquidazione** ed in presenza di contratti di finanziamento contro cessione di **quote di stipendio**/salario e TFR: autocertificazione sottoscritta anche dalla società finanziaria (Vedi allegato: **1/FIN.**) attestante l'estinzione del debito o il debito residuo. In presenza di vincoli di natura giudiziaria, il modulo deve essere vidimato anche dal autorità giudiziaria oppure, in alternativa, dovrà essere allegata adeguata certificazione della stessa. (Vedi anche punto 8 delle istruzioni). In caso di anticipazioni già erogate dal Fondo Pensione (attuale e/o precedenti) allegare copia della documentazione disponibile dalla quale risulti l'importo assoggettato a tassazione e le ritenute pagate (es. quietanza di pagamento).

**Decesso dell'aderente** Gli eredi o i diversi beneficiari designati, dovranno allegare il mod. **2/EREDI - BENEFICIARI** con la documentazione a corredo indicata in calce al modello stesso.

**Richiesta di rendita** Allegare sempre copia della carta d'identità e del codice fiscale. Ad ogni **ricorrenza annuale** dovrà poi essere messo a disposizione il certificato di esistenza in vita dell'assicurato. La Compagnia erogatrice della rendita si riserva di richiedere il **certificato di nascita** dell'aderente assicurato. Nel caso di rendita **Long term care - LTC**, gli eventuali casi di non autosufficienza che dovessero sopraggiungere dovranno essere comprovati attraverso apposita documentazione (vedi Documento sulle Rendite).

In caso di rendita reversibile si devono allegare i dati completi della persona/e designata/e a ricevere la rendita in caso di decesso dell'aderente.

## 7 - ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE (da leggere con attenzione)

### 1. DATI DELL'ADERENTE

Riportare i dati anagrafici dell'aderente anche in caso di decesso del medesimo. In quest'ultimo caso il presente modulo deve essere sottoscritto da uno degli aventi diritto al riscatto ed inoltrato al Fondo Pensione unitamente alla dichiarazione allegata, sottoscritta in originale, riportante i dati anagrafici completi del/i richiedente/i e le coordinate bancarie per effettuare il bonifico di pagamento. In caso di decesso dell'aderente devono presentare domanda di riscatto totale i beneficiari previsti dalla normativa sui fondi pensione: gli eredi legittimi ovvero i diversi beneficiari (persone fisiche o giuridiche) indicati dall'aderente. In mancanza di tali soggetti, la posizione resta acquisita al fondo pensione.

### 2. OPZIONE PRESCELTA (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

NB: Le 7 opzioni consentite sono tra loro alternative: Qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato. Per maggiori dettagli sulla fiscalità fare riferimento alla normativa in vigore (Vedi anche "Documento sul regime fiscale" del fondo).

**A) EROGAZIONE PRESTAZIONE PENSIONISTICA** - Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, con almeno 5 anni di partecipazione alle Forme Pensionistiche Complementari. Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce anche a fronte di disoccupazione superiore a 4 anni e con un anticipo massimo di 5 anni rispetto ai requisiti per l'accesso alle prestazioni nel regime obbligatorio di appartenenza. Le prestazioni pensionistiche possono essere erogate in capitale, secondo il valore attuale, fino ad un massimo del 50%; la parte residua deve essere erogata in forma di rendita. Qualora parte della prestazione debba essere erogata in forma di rendita, devono essere fornite le ulteriori informazioni richieste relative a frequenza di erogazione ed eventuale percentuale di reversibilità, allegando al presente modulo copia di un documento di identità del/i reversionario/i. Maggiore dettaglio circa le diverse opzioni di rendita sul "Documento sulle Rendite" (vedi sito).

**NOTA BENE:** Solamente i vecchi iscritti possono richiedere l'erogazione al 100% in forma capitale. Si noti che nel caso in cui la rendita derivante dalla conversione di almeno il 70% del montante finale sia inferiore al 50% dell'assegno sociale (Euro 5.061,68 nel 2007) la stessa verrà automaticamente erogata in forma di capitale.

Il diritto al riscatto (ovvero al trasferimento, si veda modulo relativo) si ha qualora vengano meno i requisiti di partecipazione al Fondo. In particolare:

**B) il RISCATTO parziale** può essere richiesto, nella misura del 50% della posizione individuale maturata, in caso di cessazione dell'attività lavorativa che comporti inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi, ovvero in caso di ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria. Per questi ultimi casi il motivo giustificante la richiesta deve sussistere da almeno 12 mesi. La Covip dispone inoltre che la cassa integrazione abbia comportato una perdurante situazione di sospensione totale (zero ore) dell'attività lavorativa. La Covip reputa ammissibile la liquidazione del riscatto parziale, anche prima dell'avvenuta maturazione del periodo di 12 mesi di cassa integrazione guadagni, ogniqualvolta risulti definito ex ante il periodo di fruizione della cassa integrazione guadagni a zero ore e questo periodo risulti fissato in almeno 12 mesi.

Nel caso di richiesta di riscatto parziale per CIG l'azienda dovrà comprovare la presenza della fattispecie di cui sopra attraverso apposita dichiarazione che attesti LA DECORRENZA DEL PERIODO DI Cassa Integrazione (Ordinaria e/o Straordinaria) a ZERO ORE CHE ABBA DETERMINATO UNA SOSPENSIONE TOTALE DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA.

**C) il RISCATTO totale** può essere richiesto per i casi di decesso o invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di 1/3. Può essere richiesto inoltre a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi; tale facoltà non può essere esercitata nel quinquennio precedente la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche complementari: in tal caso va richiesta la prestazione pensionistica (A).

**D) il RISCATTO IMMEDIATO per cessazione del rapporto di lavoro.** L'Art. 12, comma 2 dello Statuto di solidarietà Veneto - Fondo Pensione prevede la possibilità di richiedere il riscatto totale in caso di cessazione generica del rapporto di lavoro.

**NOTA BENE:** In caso di riscatto per cessazione del rapporto di lavoro viene applicato un regime fiscale meno favorevole rispetto ai casi precedenti. (Vedi documento sul regime fiscale)

### 3. COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Vanno indicate le coordinate bancarie (IBAN) complete del conto presso cui deve essere effettuato il bonifico di pagamento. In caso di decesso dell'aderente i beneficiari devono comunicare le loro coordinate bancarie nel modulo per essi previsto. Nel caso non si disponga di nessun conto corrente si prega di contattare il Fondo (Ufficio Liquidazioni).

### 4. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

**A) ANTICIPAZIONI:** nel caso in cui l'aderente abbia percepito anticipazioni (da Solidarietà Veneto - Fondo Pensione) o da altre forme di previdenza complementare, occorre allegare documentazione idonea ad attestare l'ammontare erogato e la fiscalità applicata (es. quietanza di pagamento).

**B) CONTRIBUTI NON DEDOTTI** - Entro il 31/12 (30/09 fino al 2006) dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla normativa. Qualora l'aderente maturi il diritto alla prestazione prima del 31 dicembre, la comunicazione deve essere resa contestualmente alla presente richiesta, indicando l'ammontare dei contributi non dedotti versati al Fondo Pensione nell'ultimo anno e/o frazione di anno che non siano già stati comunicati in precedenza (p.e. nella richiesta liquidazione di giugno 2007 vanno indicati, se non ancora comunicati, i contributi non dedotti del 2006 e, se del caso, dei primi 6 mesi del 2007. A giugno 2007 non è invece più possibile, per scadenza dei termini normativi, segnalare contributi non dedotti relativi a annualità 2005 e precedenti). Si ricorda che non devono essere indicati gli eventuali contributi versati a favore di familiari fiscalmente a carico.

**C) MOTIVI CESSAZIONE - PENSIONAMENTO** - Si ricorda che il cambiamento di lavoro assume rilevanza nel solo caso di passaggio a settore diverso da quelli previsti per l'iscrizione al Fondo Pensione. In caso di anticipata risoluzione del rapporto di lavoro è SEMPRE necessario precisare il motivo della cessazione (influisce sul regime fiscale applicabile). La cessazione del rapporto di lavoro per volontà delle parti può individuarsi, oltre che nei casi indicati, in tutti i casi di interruzione volontaria. La cessazione del rapporto di lavoro per causa indipendente dalla volontà delle parti può invece individuarsi, oltre che nei casi indicati, nella sopravvenuta inabilità totale al lavoro, nel caso in cui l'azienda passi ad un settore diverso da quelli previsti per l'iscrizione al Fondo Pensione o in altri casi di interruzione involontaria. In caso di pensionamento si dichiarerà che l'aderente ha i requisiti per percepire la pensione erogata dal regime obblig. di appartenenza.

**D) DATA 1^ ISCRIZIONE** a forme pensionistiche complementari. Data da cui l'aderente risulta iscritto ad un Fondo Pensione in modo continuativo (senza aver esercitato il riscatto).

**E) DECESSO**. Il decesso dell'aderente va segnalato dagli eredi ovvero dai beneficiari.

## 8 - COSTI

Per ogni "riscatto immediato" ex Art. 12, c.2, lett. d) Statuto del Fondo ex Art. 14, c.5, D.lgs. 252/05 (opzione D) del quadro "2 - OPZIONE PRESCELTA) saranno addebitati € 12 (costo istruzione pratica). Tutte le altre opzioni a disposizione dell'aderente sono gratuite.

## 9 - ALTRO (cessione quinto dello stipendio)

In caso di presenza di contratti di cessione del "quinto dello stipendio" (il cui stato di pagamento dovrà pervenire al fondo attraverso l'apposito allegato (Vedi Mod. 1/FIN):

- Le prestazioni pensionistiche in capitale o in rendita (caso A) sono sottoposte agli stessi limiti di cedibilità, sequestrabilità e pignorabilità in vigore per le pensioni a carico degli istituti di previdenza obbligatoria previsti dall'articolo 128 del regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 aprile 1935, n. 1155, e dall'Art. 2 del DPR 5/01/50, n. 180, e successive modificazioni. (Art.11, c. 10, D.Lgs 252/05). Conseguentemente le somme dovranno essere pagate direttamente alla finanziaria nel limite massimo di 1/5 dell'ammontare complessivo (fino a capienza del debito dichiarato). I restanti 4/5 sono infatti considerati dalla norma incedibili, non sequestrabili e non pignorabili.

- I crediti relativi alle somme oggetto di riscatto totale e parziale (casi B, C, D), non sono assoggettate ad alcun vincolo di cedibilità, sequestrabilità e pignorabilità. Le somme eventualmente erogate dovranno essere pagata alla finanziaria senza limitazione e fino ad capienza del debito dichiarato.



## 2/ EREDI - BENEFICIARI

### RISCATTO DERIVANTE DA DECESSO DELL'ADERENTE

#### 1) EREDE RICHIEDENTE

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ ) Tel.: \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )  
Status:  Coniuge  Figlio/a  Genitore  Fratello/Sorella  Altro Erede (specificare): \_\_\_\_\_  
N.ro C/C: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_ ABI: \_\_\_\_\_ CAB: \_\_\_\_\_  
Intestato a: \_\_\_\_\_ Filiale: \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità:*  
• *dichiara che quanto riportato nel presente documento corrisponde a verità.*  
• *non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulla presente scheda.*  
*E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.*

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_.  
*(Luogo e data di compilazione)*

.....  
*(firma)*

#### 2) ALTRI BENEFICIARI O RICHIEDENTI

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ ) Tel.: \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )  
Status:  Coniuge  Figlio/a  Genitore  Fratello/Sorella  Altro Erede (specificare): \_\_\_\_\_  
 Beneficiario designato dall'aderente  Persona giuridica (indicare rag.sociale, P.IVA e indirizzo nella sez.ne superiore)  
N.ro C/C: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_ ABI: \_\_\_\_\_ CAB: \_\_\_\_\_  
Intestato a: \_\_\_\_\_ Filiale: \_\_\_\_\_

#### 1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Con la sottoscrizione del presente modulo, ciascun beneficiario autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del D.Lgs. n.196/03, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_. ..... li \_\_\_\_\_.  
*(Luogo e data di compilazione)* *(firma)* *(Luogo e data di compilazione)* *(firma)*

#### Istruzione per la compilazione:

**Eredi:** sono quelli previsti dal Codice Civile (ad esempio il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli e le sorelle, ecc. del deceduto)

**Altri beneficiari:** l'aderente ha la facoltà di designare una persona fisica o giuridica quale beneficiario della propria posizione individuale.

In caso di designazione di persona giuridica indicare ragione sociale.

**Documentazione da produrre:** è sempre necessario produrre **certificato di morte**. Quando beneficiari sono il coniuge, o i figli o i genitori, è necessario produrre **certificato di stato di famiglia** attestante il rapporto di parentela con l'aderente deceduto. Il beneficiario prescelto dall'aderente deve invece produrre la documentazione idonea a comprovare la propria designazione, ove la stessa non sia già in possesso del Fondo. Gli eredi (beneficiari) dovranno inoltre allegare copia del **documento di identità** e del **codice fiscale**. In tutti i casi in cui beneficiario sia un **minore**, in assenza del genitore esercente la potestà parentale, è necessario produrre **copia del provvedimento giudiziale del giudice tutelare** che autorizza il tutore a esercitare il riscatto della posizione individuale dell'aderente deceduto a favore del minore; il presente modulo è in questo caso sottoscritto dal tutore. Qualora i beneficiari o richiedenti fossero più di due, compilare più schede.