

Ed. Marzo 2011

**1 - DATI DELL'ADERENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale                 Sesso  M  F Data di nascita        
 Comune di nascita (o Stato Estero) \_\_\_\_\_ Provincia    
 Indirizzo residenza \_\_\_\_\_ CAP       Provincia    
 Comune residenza \_\_\_\_\_ Tel/Cell. \_\_\_\_\_  
 Azienda \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**2 - VARIAZIONE DEI BENEFICIARI DESIGNATI**

Io sottoscritto **DESIGNO** quali beneficiari del diritto al riscatto della posizione individuale accumulata presso Solidarietà Veneto Fondo Pensione in caso di decesso prima della maturazione del diritto alla prestazione pensionistica i soggetti sotto indicati. **DICHIARO** altresì che la presente designazione annulla e sostituisce eventuali precedenti indicazioni da me fornite.

- A) I miei EREDI LEGITTIMI** secondo quanto disposto dal Codice Civile. (Art 14 comma 3 D.Lgs. 252/2005).  
 **B) Il/i seguente/i BENEFICIARI:**

**BENEFICIARIO 1**

Parentela \_\_\_\_\_ Percentuale di beneficio    %  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale                 Sesso  M  F Nato/a il        
 Comune di nascita (o Stato Estero) \_\_\_\_\_ Provincia    
 Indirizzo residenza \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ CAP       Provincia    
 Tel/Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO 2**

Parentela \_\_\_\_\_ Percentuale di beneficio    %  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale                 Sesso  M  F Nato/a il        
 Comune di nascita (o Stato Estero) \_\_\_\_\_ Provincia    
 Indirizzo residenza \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ CAP       Provincia    
 Tel/Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**3 - INFORMAZIONI UTILI**

**Riferimento normativo: Art. 14, comma 3 D.Lgs 252/05.** 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 beneficiari dallo stesso designati, siano essi persone fisiche o giuridiche. In mancanza di tali soggetti, la posizione, resta acquisita al fondo pensione.



**NOTA BENE**

È necessario accompagnare il presente modulo con copia del proprio **DOCUMENTO D'IDENTITÀ** e **CODICE FISCALE**, pena **nullità** della richiesta.

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

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'aderente)

**Inviare il modulo via fax allo 041.97.62.68  
oppure via posta all'indirizzo sopra indicato**