

Fondo Pensione

**PREVILABOR**

Via Milazzo, 17/G - 40121 BOLOGNA

Iscrizione all'Albo dei Fondi Pensione N° 1092 - 3 maggio 2000

Tel. 051 242009 - Fax 051 4214183

**COMUNICAZIONE DEI BENEFICIARI  
DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE****DATI DELL'ISCRITTO**

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 ORDINE**

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: ( \_\_\_\_\_ )  
 Percentuale di beneficio: \_\_\_\_\_ %

**DATI DEL BENEFICIARIO ORDINE**

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: ( \_\_\_\_\_ )  
 Percentuale di beneficio: \_\_\_\_\_ %

**DATI DEL BENEFICIARIO ORDINE**

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: ( \_\_\_\_\_ )  
 Percentuale di beneficio: \_\_\_\_\_ %

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

Si ricorda che in forza dell'art. 14 comma 3 del d.lgs. 252/05, in caso di decesso dell'iscritto, sono da considerarsi eredi i soggetti previsti dal Codice Civile (ad esempio il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli e le sorelle, etc. del deceduto), sono da considerarsi beneficiari le persone fisiche o giuridiche designate esplicitamente dall'aderente.

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 del 100%.

Diversamente indicare 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.

**MODALITA' OPERATIVE**

**LA PRESENTE DEVE ESSERE INVIATA A MEZZO POSTA RACCOMANDATA PRESSO IL FONDO PENSIONE PREVILABOR, ACCOMPAGNATA DA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'**

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

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

Fondo Pensione

**PREVILABOR**

Via Milazzo, 17/G - 40121 BOLOGNA

Iscrizione all'Albo dei Fondi Pensione N° 1092 - 3 maggio 2000

Tel. 051 242009 - Fax 051 4214183

**COMUNICAZIONE DEI BENEFICIARI  
DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE****DATI DELL'ISCRITTO**

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 ORDINE**

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: ( \_\_\_\_\_ )  
 Percentuale di beneficio: \_\_\_\_\_ %

**DATI DEL BENEFICIARIO ORDINE**

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: ( \_\_\_\_\_ )  
 Percentuale di beneficio: \_\_\_\_\_ %

**DATI DEL BENEFICIARIO ORDINE**

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: ( \_\_\_\_\_ )  
 Percentuale di beneficio: \_\_\_\_\_ %

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

Si ricorda che in forza dell'art. 14 comma 3 del d.lgs. 252/05, in caso di decesso dell'iscritto, sono da considerarsi eredi i soggetti previsti dal Codice Civile (ad esempio il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli e le sorelle, etc. del deceduto), sono da considerarsi beneficiari le persone fisiche o giuridiche designate esplicitamente dall'aderente.

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 del 100%.

Diversamente indicare 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.

**MODALITA' OPERATIVE**

**LA PRESENTE DEVE ESSERE INVIATA A MEZZO POSTA RACCOMANDATA PRESSO IL FONDO PENSIONE PREVILABOR, ACCOMPAGNATA DA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'**

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

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