

**1. DATI DELL'ADERENTE** (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
 Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**2. OPZIONE PRESCELTA** per l'erogazione della posizione individuale (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

**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 predetto termine è ridotto a 3 anni per il lavoratore che cessa il rapporto di lavoro per motivi indipendenti dal fatto che lo stesso acquisisce il diritto a una pensione complementare e che si sposta in un altro Stato membro dell'Unione Europea.  
 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:  
 Frequenza di erogazione:  mensile  trimestrale  annuale  .....

**B)  RISCATTO parziale** nella misura del **50,00%** a causa di uno dei seguenti motivi (barrare una sola casella):  
 B.1 Cessazione dell'attività lavorativa con **disoccupazione non inferiore ad 1 anno e non superiore a 4 anni**  
 B.2 Ricorso da parte dell'azienda a **procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria.**  
 (Selezionabile solo per adesioni con apporto di TFR)

**C)  RISCATTO totale** a causa di uno dei seguenti motivi (barrare una sola casella):  
 C.1 Cessazione dell'attività lavorativa con **disoccupazione superiore a 4 anni**  
 C.2 **Invalità** permanente che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo  
 C.3 **Decesso** dell'aderente

**D)  RISCATTO fino all'intera posizione individuale per cessazione dei requisiti di partecipazione per cause diverse da quelle dei punti precedenti.** Il riscatto parziale può essere esercitato per non più di 2 volte nel periodo di partecipazione al PIP.  
**Percentuale di riscatto richiesta** (da indicare in caso di riscatto parziale): \_\_\_\_\_

**3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI** (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

**A)** L'aderente ha **cessato l'attività lavorativa** richiesta per l'iscrizione al Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Fondo Pensione per:  
 Volontà delle parti (dimissioni, licenziamento, risoluzione consensuale, cambio inquadramento per passaggio a dirigente, ...)  
 Causa indipendente dalla volontà delle parti (mobilità, fallimento, fondo esuberi, cassa integrazione guadagni, ...)

**B)**  L'aderente raggiunge il **pensionamento** (ovvero raggiunge i requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbl. di appartenenza)

**C)**  **Decesso** dell'aderente

Data 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Contributi non dedotti non ancora comunicati (ultimo anno): € \_\_\_\_\_

**4. COORDINATE BANCARIE** (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente)

PAESE: IT CIN-EU: \_\_\_\_\_ CIN-IT: \_\_\_\_\_ ABI: \_\_\_\_\_ CAB: \_\_\_\_\_  
 N.ro C/C: \_\_\_\_\_  
 Intestato a: \_\_\_\_\_ Banca e Filiale: \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. 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.** Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CUD, che gli verrà spedito per posta ordinaria dalla Compagnia 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 ricezione dell'assegno.

Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**5. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA** (compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

Età pensionabile stabilita dal regime obbligatorio di appartenenza dell'aderente: \_\_\_\_\_  
 Data cessazione attività: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Importo ultimo contributo dovuto al PIP: € \_\_\_\_\_ In data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Da compilare e firmare solo per adesioni con TFR:  
 Denominazione Azienda e codice/matricola aziendale del lavoratore dip.te \_\_\_\_\_  
 Aliquota T.F.R. (solo "vecchi iscritti") \_\_\_\_\_ %  
 Quota esente fino al 31/12/2000: € \_\_\_\_\_  
 Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000 (solo "nuovi iscritti"): € \_\_\_\_\_  
 Presenza di quote TFR da conferire al PIP ex D.Lgs. 252/2005 a luglio 2007 relativamente ai primi 6 mesi del 2007:  SI  NO  
 Presenza di versamenti di welfare aziendale:  SI  NO  
 Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Timbro e Firma: \_\_\_\_\_

### 6. DATI PERSONALI DEGLI EREDI/BENEFICIARI

**1.** Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

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

Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

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

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)

**2.** Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

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

Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

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

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)

**3.** Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

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

Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

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

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)

### COORDINATE BANCARIE DEGLI EREDI/BENEFICIARI

**1.** PAESE: IT CIN-EU: \_\_\_\_\_ CIN-IT: \_\_\_\_\_ ABI: \_\_\_\_\_ CAB: \_\_\_\_\_

N.ro C/C: \_\_\_\_\_

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

*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 che 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. Il Sottoscritto inoltre autorizza la Compagnia al trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dalla Compagnia dell'attività di gestione ai sensi del Reg. UE 679/2016 (i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo).*

Data compilazione \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**2.** PAESE: IT CIN-EU: \_\_\_\_\_ CIN-IT: \_\_\_\_\_ ABI: \_\_\_\_\_ CAB: \_\_\_\_\_

N.ro C/C: \_\_\_\_\_

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

*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 che 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. Il Sottoscritto inoltre autorizza la Compagnia al trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dalla Compagnia dell'attività di gestione ai sensi del Reg. UE 679/2016 (i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo).*

Data compilazione \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**3.** PAESE: IT CIN-EU: \_\_\_\_\_ CIN-IT: \_\_\_\_\_ ABI: \_\_\_\_\_ CAB: \_\_\_\_\_

N.ro C/C: \_\_\_\_\_

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

*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 che 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. Il Sottoscritto inoltre autorizza la Compagnia al trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dalla Compagnia dell'attività di gestione ai sensi del Reg. UE 679/2016 (i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo).*

Data compilazione \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

### 1. DATI DELL'ADERENTE

(compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Nella sezione iniziale devono essere riportati 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 alla Compagnia 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 della previdenza complementare: gli eredi ovvero i diversi beneficiari (persone fisiche o giuridiche) indicati dall'aderente. In mancanza di tali soggetti, la posizione viene devoluta a finalità sociali secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente.

### 2. OPZIONE PRESCELTA

(compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

**Le 4 opzioni consentite sono tra loro alternative.** Qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato. Per avere maggiori dettagli sulla fiscalità applicabile alle erogazioni del PIP è necessario fare riferimento alla normativa in vigore.

**A) EROGAZIONE PRESTAZIONE PENSIONISTICA:** il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabilite nel regime obbligatorio di appartenenza, con almeno 5 anni di partecipazione alle Forme Pensionistiche Complementari. Il predetto termine è ridotto a 3 anni per il lavoratore che cessa il rapporto di lavoro per motivi indipendenti dal fatto che lo stesso acquisisce il diritto a una pensione complementare e che si sposta in un altro Stato membro dell'Unione Europea. 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 alla frequenza di erogazione. **NOTA BENE:** solamente i "vecchi iscritti" possono richiedere l'erogazione al 100% in forma capitale ai sensi dell'art.23 del D.Lgs. 252/2005. 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 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 PIP:

- B) il RISCATTO parziale** può essere richiesto, nella misura del 50% della posizione individuale maturata, nei casi di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'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 in caso di adesioni con conferimento di TFR;
- C) il RISCATTO totale** può essere richiesto per i casi di decesso, invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di 1/3 o a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi;
- D) il RISCATTO fino all'intera posizione pensionistica per cause diverse** può essere richiesto per cause diverse dai casi sopra esposti e SOLO SE previsto dal Regolamento. Si tratta p.e. dei casi di cessazione dell'attività lavorativa con disoccupazione inferiore ad 1 anno, ovvero di cessazione dell'attività lavorativa con una permanenza nelle forme pensionistiche complementari per meno di 5 anni. **NOTA BENE:** in questo caso viene liquidata all'aderente l'intera posizione oppure l'aderente può chiedere il riscatto parziale per un massimo di 2 volte nel periodo di partecipazione al PIP. Il regime fiscale applicato è però meno favorevole rispetto ai casi precedenti.

### 3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

(compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Questa sezione non deve essere compilata qualora l'aderente richieda, in costanza del rapporto di lavoro, il riscatto totale a causa di Invalidità permanente che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo.

**A) CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA:** il cambiamento dell'attività lavorativa assume rilevanza nel solo caso di passaggio a settore diverso da quelli previsti per l'iscrizione al PIP. In caso di anticipata risoluzione del rapporto di lavoro, bisogna precisare sempre 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 PIP o in altri casi di interruzione involontaria.

**B) PENSIONAMENTO:** l'aderente ha i requisiti per percepire la pensione erogata dal regime obbligatorio di appartenenza.

**C) DECESSO:** il decesso dell'aderente va segnalato dagli eredi ovvero dai beneficiari.

**Data Iscrizione:** va indicata la data in cui l'aderente si è iscritto per la prima volta ad una forma pensionistica complementare.

**Contributi non dedotti:** entro il 31/12 dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare alla Compagnia 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 PIP nell'ultimo anno e/o frazione d'anno che non siano già stati comunicati in precedenza (Es: *nella richiesta liq.ne di 06/2023 vanno indicati, se non ancora comunicati, i contributi non dedotti del 2022 e, se del caso, dei primi 6 mesi del 2023. A 06/2023 non è invece più possibile, per scadenza dei termini normativi, segnalare contributi non dedotti relativi a annualità 2021 e precedenti*). Si ricorda che non devono essere indicati gli eventuali contributi versati a favore di familiari fiscalmente a carico.

### 4. COORDINATE BANCARIE

(compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto sul quale deve essere effettuato il bonifico di pagamento. E' indispensabile riportare tutti i codici indicati (si ricorda che il CIN è un dato facoltativo; ABI e CAB devono essere di 5 numeri; il n.ro di c/c è di 12 caratteri alfanumerici e non deve contenere spazi, punti, barre o altri segni). In caso di decesso dell'aderente i beneficiari devono comunicare le loro coordinate bancarie nella sezione 6 del presente modulo a loro dedicata.

### 5. DATI DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA

(compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

**NOTA BENE:** In caso di adesione individuale senza apporto di TFR la sezione deve essere compilata ad opera dell'aderente o degli eredi/beneficiari e con riferimento unicamente ai primi 3 campi (Età pensionabile, Data cessazione e Ultimo contributo).

**Età pensionabile:** se non indicata sarà considerata tale l'età di 67 anni sia per gli uomini che per le donne.

**Data cessazione:** è la data in cui cessa l'attività lavorativa richiesta per la partecipazione al PIP.

**Ultimo contributo:** è indispensabile segnalare sempre l'importo dell'ultimo versamento (inteso come somma dei contributi azienda, dipendente e TFR) dovuto al PIP e la relativa data in cui è stato/sarà versato.

**Denominazione azienda e codice aziendale:** indicare il datore di lavoro ed il n.ro identificativo/matricola aziendale del dipendente.

**Aliquota TFR:** da indicare esclusivamente per i "vecchi iscritti". Con aliquota TFR si intende l'aliquota IRPEF calcolata dal datore di lavoro al momento della cessazione del rapporto di lavoro per la tassazione del Trattamento di Fine Rapporto.

**Quota esente:** su quanto maturato entro il 31/12/2000 è l'ammontare totale dei contributi versati al PIP dall'aderente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. Qualora l'importo della quota esente fosse uguale ai contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000 indicare "100%". Qualora la quota esente non venga comunicata, la Compagnia considererà esenti tutti i contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000.

**Abbattimento base imponibile su quanto maturato entro il 31/12/2000:** si determina nella misura di L.600.000 (€ 309,87) per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel PIP ed alla percentuale di TFR versato. Da indicare esclusivamente per i "nuovi iscritti".

Si precisa inoltre che la Compagnia non può riconoscere in sede di liquidazione la franchigia di € 309,87 (o la parte di essa spettante) per quelle quote di TFR con competenza relativa all'annualità 2000, ma il cui versamento effettivo al PIP sia avvenuto successivamente al 01/01/2001; in questo caso l'abbattimento può essere integralmente riconosciuto dal datore di lavoro, ferma restando la necessità di segnalare l'eventuale quota residua che la Compagnia può riconoscere. **NOTA BENE:** L'abbattimento/riduzione va ripartito, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il PIP, e la coerenza tra l'abbattimento applicato dall'azienda con quello applicato dalla Compagnia (su segnalazione dell'azienda) è verificata dall'Agenzia delle Entrate sulle rispettive dichiarazioni 770.

La comunicazione da parte del datore di lavoro del relativo importo è necessaria per consentire alla Compagnia il calcolo corretto della base imponibile: qualora non venga comunicato, la Compagnia/ non riconoscerà alcun abbattimento all'aderente.

**Presenza di quote TFR da conferire al PIP ex D.Lgs. 252/2005 a luglio 2007 relativamente ai primi 6 mesi del 2007:** relativamente ai primi 6 mesi del 2007, è necessario segnalare i casi in cui il PIP riceverà quote di TFR relative al 2007 ex D.Lgs. 252/2005 (riforma previdenza complementare) da versare al PIP da luglio 2007. **NOTA BENE:** Versamenti TFR del 2007 non segnalati su qs. modulo verranno restituiti dalla Compagnia all'Azienda.

**Welfare aziendale:** prevede versamenti in denaro effettuati dall'azienda in sostituzione di premi di risultato legati a incrementi di produttività, redditività, qualità, efficienza ed innovazione verso forme di previdenza complementare (Legge di Bilancio 2007, Art. 1, commi 160 - 162). Applicabile ai dipendenti del settore privato.

#### **6. DATI PERSONALI DEGLI EREDI/BENEFICIARI**

(compilazione e sottoscrizione a cura degli eredi/beneficiari)

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

**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 la ragione sociale e l'indirizzo della sede legale della stessa.

**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 della Compagnia. 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 tre, compilare più sezioni 6 del modulo.

**NOTA BENE:** L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.