N.B. Alla conferma di adesione, sarà responsabilità dell'aderente aggiornare nella propria area riservata i soggetti designati indicati sul presente modulo.

COMUNICAZIONE SCELTA DESTINAZIONE DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE

DATI DELL'ADERENTE

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, SCEGLIE quali aventi titolo al riscatto della prestazione previdenziale in caso di premorienza i seguenti soggetti: EREDI LEGITTIMI COMPRESI EVENTUALI RINUNCIATARI ☐ ; ALTRO/I SOGGETTO/I DESIGNATO/I ☐(*) (**)

(*) (scelta non utilizzabile per aderenti minorenni) (**) Dispongo che in caso di decesso del/dei soggetto/i designato/i (prima del mio decesso) che non sia stato indicato in via alternativa nei termini sopra espressi la posizione o la porzione allo/agli stesso/i assegnata sarà riscattata dai miei eredi/chiamati all'eredità compresi i rinunciatari individuati dalle norme del codice civile in tema di successione.

DATI SOGGETTO DESIGNATO N° __ ORDINE N° __

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 SOGGETTO DESIGNATO N° __ ORDINE N° __

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 SOGGETTO DESIGNATO N° __ ORDINE N° __

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'aderente, 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) compresi i rinunciatari, sono da considerarsi soggetti designati le persone fisiche o giuridiche indicate esplicitamente dall'aderente. E' possibile indicare uno o più soggetti designati della prestazione, precisando nella casella "Percentuale di beneficio" la percentuale della prestazione che si intende attribuire a ciascuno. Qualora si intendano indicare diversi soggetti designati tra di loro alternativi (ad es. il designato n. 2 deve ricevere la prestazione solo in caso di morte del designato 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 dichiarazione sostituisce ogni eventuale precedente dichiarazione. SI RICORDA CHE E' NECESSARIO COMPILARE, FIRMARE E ALLEGARE IL MODULO DENOMINATO "DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'".

Data compilazione ___ /___ / ___ Firma (*)_____

(*) IN CASO DI DESIGNAZIONE PER LA POSIZIONE DI UN FISCALMENTE A CARICO MINORENNE, LA FIRMA DEVE ESSERE APPOSTA DALL'ADERENTE PRINCIPALE.

LA SCANSIONE DEL PRESENTE MODULO VA INVIATA VIA EMAIL A: dipendenti@fondopensioneibm.it

N.B. Alla conferma di adesione, sarà responsabilità dell'aderente aggiornare nella propria area riservata i soggetti designati indicati sul presente modulo.

COMUNICAZIONE SCELTA DESTINAZIONE DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016
EX ART.9, PAR.1

Il sottoscritto: _____ _____

(COGNOME) (NOME)

☐ **Aderente**

Il sottoscritto: _____ _____

(COGNOME) (NOME)

☐ **esercente la potestà genitoriale/tutore**

Dell'Aderente: _____ _____

(COGNOME) (NOME)

In relazione alla scelta dei soggetti designati[1] aventi titolo al riscatto della mia posizione (ovvero della posizione del minore o incapace), presso il Fondo Pensione per i Dipendenti e Dirigenti IBM, in caso di premorienza dell'Aderente

DICHIARA

1) **Di aver informato e raccolto il consenso del/dei soggetto designato/soggetti designati**

Firma dell'Aderente

o dell'esercente la potestà genitoriale/tutore

_____ _____/__/__/____

(luogo) (data)

INVIARE IL PRESENTE MODULO A: dipendenti@fondopensioneibm.it
(OPPURE TRAMITE POSTA ORDINARIA A: FONDO PENSIONE PER I DIPENDENTI E DIRIGENTI IBM VIA ROMA 15 20054 SEGRATE (MI))

[1] Allegare al modulo di scelta dei soggetti designati a pagina 1

(*) IN CASO DI DESIGNAZIONE PER LA POSIZIONE DI UN FISCALMENTE A CARICO MINORENNE, LA FIRMA DEVE ESSERE APPOSTA DALL'ADERENTE PRINCIPALE.
LA SCANSIONE DEL PRESENTE MODULO VA INVIATA VIA EMAIL A: dipendenti@fondopensioneibm.it