



Via Nizza n. 11
00198 Roma

Telefono 068416882 Fax 0685865579

DESIGNAZIONE DI BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO

ATTENZIONE: la presente è valida soltanto nei confronti del FOPEN – in caso di trasferimento ad altra forma pensionistica la designazione dovrà essere ripetuta¹

Il sottoscritto socio:

Cognome:	Nome:
Codice fiscale:	Telefono ufficio

Ai sensi dell'articolo 12.3 dello Statuto del Fopen, in caso di proprio decesso ed in mancanza dei soggetti previsti dalla legge, indica come beneficiari aventi diritto al riscatto della propria posizione i signori:

Beneficiario n. 1:

Cognome:	Nome:	Codice fiscale:	
Data di nascita	Luogo di nascita:	Prov.	
Indirizzo:	Città	CAP:	Telefono:
Grado di parentela: Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/sorella <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Percentuale: ²			

Beneficiario n. 2:

Cognome:	Nome:	Codice fiscale:	
Data di nascita	Luogo di nascita:	Prov.	
Indirizzo:	Città	CAP:	Telefono:
Grado di parentela: Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/sorella <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Percentuale: ²			

Beneficiario n. 3:

Cognome:	Nome:	Codice fiscale:	
Data di nascita	Luogo di nascita:	Prov.	
Indirizzo:	Città	CAP:	Telefono:
Grado di parentela: Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/sorella <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Percentuale: ²			

Allego autorizzazione al Fondo, da parte di ciascuno dei beneficiari, al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003)

Data

Firma del socio

.....

.....

¹ Ai sensi delle "linee guida in materia di premorienza" COVIP del 26 febbraio 2009

² Qualora il socio desideri suddividere la posizione previdenziale in parti diverse tra i beneficiari, indicare la percentuale del capitale da riservare all'interessato. In caso di mancata indicazione della percentuale, la posizione previdenziale sarà suddivisa in parti uguali.



Via Nizza n. 11
00198 Roma

Telefono 068416882 Fax 0685865579

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____

Presa visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali allegata ed ai sensi del Codice in materia di trattamento dei dati personali (D. lgs. 30 giugno 2003, n. 196), acconsento:

- al trattamento dei dati personali comuni e sensibili di cui alla predetta informativa che mi riguardano, trattamento funzionale all'esercizio dell'attività previdenziale complementare;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 3, lett. a) della medesima informativa;
- alla comunicazione degli stessi dati a terzi per la fornitura di servizi strumentali al perseguimento dell'attività previdenziale complementare;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero (paesi UE e paesi extra UE), nel rispetto della legge, come indicato al punto 5 della predetta informativa.

Luogo _____ Data ____/____/____ Firma _____