CATTOLICAPREVIDENZAPERLAPENSIONE

CATTOLICA
SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE
DAL 1896

MODULO PER LA DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI

1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'Aderente)

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: / /

Comune di nascita: _____ Prov: ( ) Tel.: _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ Email: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: ( )

2. DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI[1] (compilazione a cura dell'Aderente)

BENEFICIARIO 1 **PERCENTUALE DI BENEFICIO:** _____%

☐ Persona fisica ☐ Persona giuridica ☐ Ditta individuale Persona politicamente esposta ☐ sì ☐ no

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: / /

Comune di nascita: _____ Prov: ( ) Tel.: _____

Indirizzo di residenza: CAP: Email: _____

Comune di residenza: Provincia: ( )

BENEFICIARIO 2 **PERCENTUALE DI BENEFICIO:** _____%

☐ Persona fisica ☐ Persona giuridica ☐ Ditta individuale Persona politicamente esposta ☐ sì ☐ no

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: / /

Comune di nascita: _____ Prov: ( ) Tel.: _____

Indirizzo di residenza: CAP: Email: _____

Comune di residenza: Provincia: ( )

BENEFICIARIO 3 **PERCENTUALE DI BENEFICIO:** _____%

☐ Persona fisica ☐ Persona giuridica ☐ Ditta individuale Persona politicamente esposta ☐ sì ☐ no

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: / /

Comune di nascita: _____ Prov.: ( ) Tel.: _____

Indirizzo di residenza: CAP: Email _____

Comune di residenza: Provincia: ( )

Data Compilazione: …… /…… /…….. **Firma:** _____

ISTRUZIONI PER L'INVIO DEL MODULO ALLA COMPAGNIA

Il modulo compilato e sottoscritto va trasmesso in originale a mezzo posta a:
SOCIETÁ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE – SOCIETÁ COOPERATIVA, LUNGADIGE CANGRANDE 16 – 37126 VERONA.
Si consiglia, comunque, di anticiparlo a mezzo fax al n. 045 8 372 317

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'Aderente)

Nella sezione iniziale devono essere riportati i dati anagrafici dell'Aderente.

2. DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI (compilazione a cura dell'Aderente)

Ai sensi del comma 3 dell'art. 14 del D.lgs. 252/2005, in caso di morte dell'Aderente prima della maturazione del diritto alla prestazione pensionistica **l'intera posizione individuale maturata è riscattata dagli eredi ovvero dai diversi beneficiari designati dall'Aderente**, sia persone fisiche sia persone giuridiche. In mancanza di tali soggetti la posizione resta acquisita alla Compagnia.
NB Gli iscritti che abbiano attivato la prestazione assicurativa accessoria per il caso di morte designano il beneficiario nel modulo di adesione. Il presente modulo, pertanto, non può essere utilizzato per la designazione dei beneficiari della prestazione assicurativa accessoria per il caso di morte.

[1] *In caso di numero di beneficiari superiore a tre, inviare un ulteriore modulo. Se il beneficiario designato non è una persona fisica, riportare la sua denominazione in corrispondenza del campo "cognome" e compilare gli altri campi solo se pertinenti.*