

Il presente modulo “Designazione Beneficiari” deve essere  
inviato a mezzo raccomandata A/R all’indirizzo al Fondo  
Pensione Medici Via Costantino Morin, 45 – 00195 ROMA  
oppure per posta certificata a  
segreteriafondopensionemedici@pec.it ,  
allegando fotocopia del proprio documento d’identità  
valido (carta d’identità o passaporto).

**COMUNICAZIONE DEI BENEFICIARI  
DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE**

**IL PRESENTE MODULO COSTITUISCE PARTE INTEGRANTE E NECESSARIA DELLA NOTA INFORMATIVA**

**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 N° 1**

Cognome/Ragione Sociale: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita IVA: \_\_\_\_\_ 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 N° 2**

Cognome/Ragione Sociale: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita IVA: \_\_\_\_\_ 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 N° 3**

Cognome/Ragione Sociale: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita IVA: \_\_\_\_\_ 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 morte dell'aderente al Fondo Pensione prima della maturazione del diritto alla prestazione pensionistica l'intera posizione individuale sarà devoluta ai seguenti soggetti:

- ai beneficiari dallo stesso designati, con prevalenza degli stessi sugli eredi, ferma restando la possibilità di designare quali beneficiari soggetti aventi la qualifica di erede; in caso di designazione di persona giuridica dovrà essere indicata la ragione sociale;
- in assenza di una specifica manifestazione di volontà dell'aderente, agli eredi testamentari o, in assenza di un testamento, agli eredi legittimi; eredi legittimi sono quelli previsti dal Codice Civile ( ad esempio il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli e le sorelle, etc. del deceduto).

In mancanza di tali soggetti la posizione resta acquisita al Fondo Pensione. Nel caso in cui i beneficiari designati siano più di uno, è consentito all'aderente stabilire la quota da riconoscere a ciascuno di essi, precisando nella casella "Percentuale di beneficio" la percentuale della prestazione che si intende attribuire. 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.

In mancanza di alcuna specifica indicazione in tal senso la posizione individuale sarà ripartita in parti uguali

**N.B.: la presente designazione sostituisce ogni eventuale precedente indicazione di beneficiari effettuata dall'iscritto.**

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

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

**Il presente modulo deve essere inviato a mezzo raccomandata A/R all'indirizzo:**