

**FONDO PENSIONE PER IL PERSONALE  
CARIPLO**  
*Via Brera, 10 - 20121 Milano*

**MODULO DI DESIGNAZIONE IN CASO DI PREMORIENZA**

**Io sottoscritto/a**

Cognome	Nome	
Nato/a a	Prov.	il ____/____/_____
Codice Fiscale	Iscritto/a al Fondo dal _____/____/_____ —	
Residente a	Prov.	Cap
Via	n.	
<b>Iscritto/a al Fondo Pensione per il Personale Cariplo</b>		

ai sensi dell'art. 14, comma 3, D.Lgs. 252/05, in caso di mio decesso

**DESIGNO**

il/i soggetto/i di seguito indicati come aventi diritto al riscatto della mia posizione individuale

**Avvertenza**

*Se si desidera indicare un soggetto ulteriore in caso di decesso del primo designato (e così analogamente per gli eventuali successivi) barrare la casella in corrispondenza di "ovvero in caso di decesso" e inserire la quota percentuale da attribuire.*

*Se si desidera che tutti i soggetti siano designati, indicare la percentuale da attribuire a ciascuno (la somma delle percentuali non deve essere superiore a 100) rispetto al totale della prestazione disponibile. In mancanza di alcuna specifica indicazione in tal senso la posizione individuale sarà ripartita in parti uguali.*

<b>Cognome e Nome/Ragione sociale</b>		
Nato/a a*	Prov.*	il * ____/____/_____
<b>Codice Fiscale/P.IVA</b>		
Residente a	Prov.	Cap
Via	n.	
Email		
Tel/cell		
Quota percentuale ____ %		

ovvero in caso di decesso

<b>Cognome e Nome/Ragione sociale</b>		
Nato/a a*	Prov.*	Il* ____/____/_____
<b>Codice Fiscale/P.IVA</b>		
Residente a	Prov.	Cap
Via	n.	
Email		
Tel/cell		
Quota percentuale ____ %		

ovvero in caso di decesso

<b>Cognome e Nome/Ragione sociale</b>		
Nato/a a*	Prov.*	II* ____/____/_____
<b>Codice Fiscale/P.IVA</b>		
Residente a	Prov.	Cap
Via	n.	
email		
Tel/cell		
Quota percentuale ____ %		

ovvero in caso di decesso

<b>Cognome e Nome/Ragione sociale</b>		
Nato/a a*	Prov.*	II* ____/____/_____
<b>Codice Fiscale/P.IVA</b>		
Residente a	Prov.	Cap
Via	n.	
email		
Tel/cell		
Quota percentuale ____ %		

ovvero in caso di decesso

<b>Cognome e Nome/Ragione sociale</b>		
Nato/a a*	Prov.*	II* ____/____/_____
<b>Codice Fiscale/P.IVA</b>		
Residente a	Prov.	Cap
Via	n.	
Email		
Tel/cell		
Quota percentuale ____ %		

ovvero in caso di decesso

<b>Cognome e Nome/Ragione sociale</b>		
Nato/a a*	Prov.*	II* ____/____/_____
<b>Codice Fiscale/P.IVA</b>		
Residente a	Prov.	Cap
Via	n.	
email		
Tel/cell		
Quota percentuale ____ %		

**Nota bene:** Ai sensi dell'art. 14, comma 3, D.Lgs. 252/05, si stabilisce che "in caso di morte dell'aderente ad una forma pensionistica complementare prima della maturazione del diritto alla prestazione pensionistica l'intera posizione individuale maturata è riscattata dagli eredi ovvero dai diversi soggetti dallo stesso designati". Pertanto, come anche confermato dalla Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione (Covip), con orientamento interpretativo del 15 luglio 2008, la facoltà di riscatto anche in presenza di eredi spetta ai soggetti se specificatamente indicati dall'iscritto.

Inoltre, sempre ai sensi del suddetto decreto, **in mancanza di eredi ovvero di diversi soggetti designati la posizione resta acquisita al Fondo Pensione.**

**La seguente comunicazione annulla e sostituisce eventuali mie precedenti scelte.**

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

## **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL REG. UE 679/2016 (GDPR)**

**Cognome e nome Iscritto e/o familiare** \_\_\_\_\_

**Matricola CR** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_

Io sottoscritto, tenuto conto dell'informativa resami dal Titolare del Trattamento Fondo Pensioni per il personale Cariplo, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute) ai soggetti individuati nell'informativa stessa per le finalità di cui alla l. a) dell'informativa, consapevole che in mancanza di tale consenso risulta oggettivamente impossibile per il Fondo Pensioni per il personale Cariplo dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni.

Presto il consenso

Nego il consenso

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

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

**Nota Bene:**

il Presente consenso deve essere prestato dall'Interessato, se maggiorenne, cui si riferiscono le categorie di particolari di dati per ciascun Interessato e per ciascuna richiesta di prestazione. Per i minori di anni 18 è necessario il consenso di chi esercita la potestà.

