



⇒ **N.B. SI CONSIGLIA DI EFFETTUARE UNA FOTOCOPIA PRIMA DELL'INVIO DEL MODULO CHE DOVRÀ ESSERE SPEDITO IN ORIGINALE PER POSTA. I MODULI ARRIVATI MEZZO FAX O E - MAIL, VERRANNO RITENUTI NULLI.**

9.14 REVOCA DESIGNAZIONE BENEFICIARIO

(da compilare a cura del lavoratore)

DATI DELL'ISCRITTO

Cognome _____ Nome _____ CodiceFiscale _____

Sesso: M F Data di nascita: _____ Comune di nascita: _____ Pv _____

Indirizzo di residenza: _____ Comune _____ CAP: _____ Pv _____

Tel _____ cell _____ e-mail _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

che revoca espressamente ogni altra precedente indicazione di beneficiario;

che intende modificare la precedente indicazione di beneficiario , indicando quale nuovo beneficiario in caso di premorienza;

1° BENEFICIARIO

Cognome _____ Nome _____ CodiceFiscale _____

Sesso: M F Data di nascita: _____ Comune di nascita: _____ Pv _____

Indirizzo di residenza: _____ Comune _____ CAP: _____ Pv _____

PERCENTUALE DI BENEFICIO _____ %

2° BENEFICIARIO

Cognome _____ Nome _____ CodiceFiscale _____

Sesso: M F Data di nascita: _____ Comune di nascita: _____ Pv _____

Indirizzo di residenza: _____ Comune _____ CAP: _____ Pv _____

PERCENTUALE DI BENEFICIO _____ %

DATA COMPILAZIONE _____ / _____ / _____

FIRMA ADERENTE _____

E' possibile indicare uno o più beneficiari della prestazione, precisando nella casella "Percentuale di beneficio" la percentuale della prestazione che si intende attribuire a ciascuno. 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.
N.B.: la presente designazione sostituisce ogni eventuale precedente indicazione di beneficiari effettuata dall'iscritto.