C.RAI.P.I.
Cassa di Previdenza - Fondo Pensione dei dipendenti della RAI Radiotelevisione Italiana S.p.A. e delle altre società del Gruppo RAI

COMUNICAZIONE DEI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE

CASSA DI PREVIDENZA – FONDO PENSIONE DEI DIPENDENTI DELLA RAI – RADIOTELEVISIONE ITALIANA S.P.A. E DELLE ALTRE SOCIETÀ DEL GRUPPO RAI

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: _____ % Grado di parentela (facoltativo) :_____

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: _____ % Grado di parentela (facoltativo):_____

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: _____ % Grado di parentela (facoltativo):_____

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.
A fronte di eventuale specifica richiesta, l'aderente **SI IMPEGNA**, altresì, a fornire ulteriori dati inerenti i suddetti beneficiari.
L'innovazione normativa richiede il rinnovo dell'eventuale precedente designazione.

N.B. Non saranno presi in considerazione moduli inviati dopo il decesso dell'iscritto.
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:
Fondo Pensione CRAIPI, Viale Mazzini, 14, 00195 – ROMA