

MODELLO D - PRESTAZIONI ALTERNATIVE ALLA RENDITA VITALIZIA DI CUI ALL'ART.11 COMMA 3 B/S DEL D.LGS. N.252/2005***1. DATI DELL'ADERENTE**

Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Data di nascita:	
Comune di nascita:		Prov:	()
Indirizzo di residenza:			
Comune di residenza:		Prov:	()
CAP:		Sesso:	Maschio ☐ Femmina ☐
Tel.:		Cell.	
e-mail:			
c/c Bancario presso:		Iban:	

2. SCELTA DELLA TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE E DEL COMPARTO DI INVESTIMENTO

- ☐ a) **RENDITA A DURATA DEFINITA** con erogazione sulla base della vita attesa residua dell'aderente; ☐ Con erogazione estesa¹ di 5 anni
☐ b) **PRELIEVI LIBERAMENTE DETERMINABILI**²
☐ c) **EROGAZIONE FRAZIONATA DEL MONTANTE**³ (ARCO TEMPORALE ALMENO 5 ANNI), durata erogazione in anni :
☐ Comparti Attuali o seguente Comparto:

¹ L'erogazione della rendita a durata definita viene estesa di 5 anni rispetto alla vita residua dell'aderente (c.d. opzione estesa).

² Importo minimo erogabile pari ad euro 3.000,00, richiedibile decorsi almeno 6 mesi dalla precedente richiesta.

³ Prestazione richiedibile a partire dal 31 ottobre 2026.

3. FREQUENZA DI EROGAZIONE - compilare solo in caso di scelta delle opzioni a) o c)

- ☐ Trimestrale
☐ Quadrimestrale
☐ Semestrale
☐ Annuale

***N.B.** Alle prestazioni di cui al presente Modulo si applica il regime transitorio fino al 31.12.2026 durante il quale le richieste saranno acquisite dal Fondo, ma quest'ultimo procederà all'erogazione dopo l'adeguamento dei propri sistemi informatici (par. 2.6.4 del Regolamento prestazioni pensionistiche, riscatti e trasferimenti, disponibile alla Sezione "Documenti" del sito web).

Data Compilazione: / /

Firma dell'aderente: _____

ALLEGATO MODELLO D - DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE

NB: Il presente allegato deve essere compilato obbligatoriamente e presentato contestualmente alla richiesta delle prestazioni alternative alla rendita vitalizia di cui all'art. 11 comma 3 bis del D.lgs. 252/2005. In assenza di tale designazione la richiesta verrà rigettata dal Fondo.

6. SOGGETTI DESIGNATI IN CASO DI PREMORIENZA DELL'ADERENTE

6.1 SOGGETTI GIA' INDICATI IN FASE DI ACCUMULO ☐

6.2 DESIGNAZIONE ESPLICITA DI ALTRI SOGGETTI

Il sottoscritto chiede che la posizione residua in caso di decesso sia devoluta ai sottoelencati soggetti designati

DESIGNATO 1 (persona fisica)

Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Data di nascita:	
Comune di nascita:		Prov:	()
Indirizzo di residenza:			
Comune di residenza:		Prov:	()
CAP:		Sesso:	Maschio ☐ Femmina ☐
Tel.:		Cell.	
e-mail:			

DESIGNATO 2 (persona fisica)

Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Data di nascita:	
Comune di nascita:		Prov:	()
Indirizzo di residenza:			
Comune di residenza:		Prov:	()
CAP:		Sesso:	Maschio ☐ Femmina ☐
Tel.:		Cell.	
e-mail:			

DESIGNATO 3 (persona fisica)

Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Data di nascita:	
Comune di nascita:		Prov:	()
Indirizzo di residenza:			
Comune di residenza:		Prov:	()
CAP:		Sesso:	Maschio ☐ Femmina ☐
Tel.:		Cell.	
e-mail:			

DESIGNATO 4 (persona fisica)

Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Data di nascita:	
Comune di nascita:		Prov:	()
Indirizzo di residenza:			
Comune di residenza:		Prov:	()
CAP:		Sesso:	Maschio ☐ Femmina ☐
Tel.:		Cell.	
e-mail:			

DESIGNATO 5 (persona giuridica)

Società/Associazione:		Partita IVA:	
Codice Fiscale:			
Sede in:			
Comune:		Prov:	()
CAP:			
Tel.:		Cell.	
e-mail:			

Data Compilazione: / / Firma: _____