



Modifica dell'ordine dei beneficiari – Liquidazione in capitale in caso di decesso

Io sottoscritto/a

Nome / Cognome _____

Indirizzo: _____

CAP, luogo _____

Data di nascita: _____

Luogo di attinenza: _____

N° AVS, N. ass.: _____

con la presente faccio riferimento all'art. 21 del Regolamento di previdenza LPP di Agrisoano Pencias e mi avvalgo della possibilità di modificare l'ordine dei beneficiari ai sensi delle cifre I-III ovvero, in assenza di tali persone, ai sensi delle cifre IV e V.

La sequenza dei beneficiari deve essere modificata dietro mia espressa richiesta come di seguito riportato:

1° rango

Nome / Cognome _____

Indirizzo: _____

CAP, luogo _____

Data di nascita: _____

Luogo di attinenza: _____

Prendo atto che, qualora si verifichi il caso di prestazione, Agrisoano Pencias verificherà la mia situazione familiare e che sussiste un diritto al capitale in caso di decesso soltanto dopo l'avvenuto finanziamento delle prestazioni per i superstiti.

Luogo: _____

Data: _____

Firma della persona assicurata _____

Firma della persona beneficiaria _____

Allegati: Copia di un documento d'identità (pagina/e con foto e firma) della persona assicurata
Copia di un documento d'identità (pagina/e con foto e firma) della persona beneficiaria

