



MODULO PER LA RICHIESTA DI RISCATTO PER DECESSO

FONDO PENSIONE MONTE DEI PASCHI DI SIENA
Viale Toselli 78
53100 S I E N A

I __ sottoscritt__ _____

eredi legittimi eredi testamentari soggetti designati
del Sig. _____ nat__ il _____,
a _____ codice fiscale _____,
decedut __ in data _____

Presenta__ al Fondo richiesta di liquidazione della posizione previdenziale corrente.

Si produce, allo scopo, la seguente documentazione:

- originale del certificato di morte;
- certificato di famiglia storico all'atto del decesso;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio, in originale, da cui risultino i nominativi degli eredi aventi diritto;
- copia testamento o dichiarazione autografa del de-cuius con la designazione del beneficiario, eventuale, con copia del documento di identità del de-cuius;
- fotocopie del documento di identità e del codice fiscale degli aventi diritto;
- copia dell'autorizzazione del Giudice Tutelare in cui lo stesso disponga dell'utilizzo delle somme spettanti ai minori medesimi.

L'erogazione è da effettuarsi a mezzo bonifico bancario secondo le indicazioni riportate nel modulo **Dati Personali dei Beneficiari** allegato alla presente.

In fede

data _____

firma _____

firma _____

firma _____



RICHIEDITA DI RISCATTO PER DECESSO
MODULO DATI PERSONALI DEI BENEFICIARI

EREDE RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Sesso M F _____

Residente _____ C.A.P. _____

Via _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ e-mail _____

Status Coniuge Figlio/a Genitore Fratello/Sorella Altro Erede (specificare) _____

L'importo dovuto va reso disponibile presso Banca Monte dei Paschi di Siena SpA / altra Banca:

Filiale _____ COD. SPORTELLO _____

C/C _____ IBAN: _____

INTESTATO _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445 e successive comunicazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità che quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.

E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui al predetto DPR, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

firma _____

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Sesso M F _____

Residente _____ C.A.P. _____

Via _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ e-mail _____

Status Coniuge Figlio/a Genitore Fratello/Sorella Altro Erede (specificare) _____

L'importo dovuto va reso disponibile presso Banca Monte dei Paschi di Siena SpA / altra Banca:

Filiale _____ COD. SPORTELLO _____

C/C _____ IBAN: _____

INTESTATO _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445 e successive comunicazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità che quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.

E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui al predetto DPR, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la sottoscrizione del presente modulo, ciascun beneficiario autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione dei medesimi a Società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione.

Si informa, ai sensi del D.Lgs. 196/03, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Data compilazione _____

N.B.: qualora i beneficiari fossero più di due compilare più moduli

2021 FONDO – riscatto per decesso



FONDO PENSIONE
MONTE DEI PASCHI DI SIENA