



MODULO CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO/RICHIESTA LIQUIDAZIONE

1. DATI DELL'ADERENTE

(compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Cognome: _____ Nome: _____
 Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ____ / ____ / ____
 Comune di nascita: _____ Prov: () Tel.: _____
 Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____
 Comune di residenza: _____ Provincia: ()

2. OPZIONE PRESCELTA per l'erogazione della **posizione individuale**

(compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

A) EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA secondo le modalità di seguito indicate (vedi **NOTA BENE**):

NOTA BENE: Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, con **almeno 5 anni di partecipazione** alle Forme Pensionistiche Complementari. Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce anche a fronte di disoccupazione superiore a 4 anni o di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo e con un anticipo massimo di 5 anni rispetto ai requisiti per l'accesso alle prestazioni nel regime obbligatorio di appartenenza.

100% capitale (vedi **AVVERTENZE**) **50% capitale - 50% rendita** **capitale % - rendita %**

AVVERTENZE: Per i "vecchi iscritti" (iscritti alle Forme Pensionistiche Complementari prima del 29/04/1993) che **OPTANO** per l'erogazione 100% capitale verrà automaticamente applicato il regime introdotto dal D.Lgs.252/2005. Per i "nuovi iscritti" (iscritti dopo il 28/04/1993) **NON** è invece prevista la possibilità di optare per diversi regimi fiscali. Il Fondo informerà preventivamente l'iscritto qualora parte della prestazione debba essere erogata sotto forma di rendita, in caso contrario procederà direttamente con l'erogazione al 100% in forma capitale. Si vedano le **ISTRUZIONI** per ulteriori dettagli.

Nel solo caso di richiesta di erogazione totale o parziale di una rendita pensionistica, indicarne la tipologia nella sezione sottostante

Frequenza di erogazione rendita: mensile trimestrale semestrale annuale Percentuale di reversibilità:%

Cognome e nome reversionario/i: _____ (allegare fotocopia documento/i di identità)

Altre opzioni (ove consentite): _____

B) RISCATTO parziale nella misura del **50,00 %** a causa di uno dei seguenti motivi (barrare una sola casella):

- B.1 Cessazione dell'attività lavorativa con **disoccupazione non inferiore ad 1 anno e non superiore a 4 anni**
- B.2 Ricorso da parte dell'azienda a **procedure di mobilità**, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria a zero ore di almeno 12 mesi

C) RISCATTO totale a causa di uno dei seguenti motivi (barrare una sola casella):

- C.1 Cessazione dell'attività lavorativa con **disoccupazione superiore a 4 anni**
- C.2 **Invalidità** permanente che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo
- C.3 **Decesso** dell'aderente

D) RISCATTO per cause diverse (riscatto immediato del 100% del capitale maturato alla cessazione del rapporto di lavoro)

E) MANTENIMENTO della posizione previdenziale maturata presso il fondo

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

(compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

A) L'aderente ha **cessato l'attività lavorativa** richiesta per l'iscrizione al Fondo per:

- Volontà delle parti (dimissioni, licenziamento, risoluzione consensuale, cambio inquadramento per passaggio a dirigente, ...)
- Causa indipendente dalla volontà delle parti (mobilità, fallimento, fondo esuberi, ...)

B) Cassa Integrazione Guadagni a zero ore di almeno 12 mesi

C) L'aderente raggiunge il pensionamento (ovvero raggiunge i requisiti accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbl. di appartenenza)

D) Decesso dell'aderente

Data 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: ____ / ____ / ____ Contributi non dedotti non ancora comunicati: € _____

4. COORDINATE BANCARIE

(compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Codice **IBAN** : _____
 (compilare INTEGRALMENTE) Cod.Paese Cod.Controllo CIN ABI (5 caratteri numerici) CAB (5 caratteri numerici) Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)
 Banca e Filiale: _____ Intestato a: _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CUD, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo unitamente ai conteggi di liquidazione della posizione previdenziale e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro un mese dalla data di accredito dell'importo erogato (in caso di pagamento tramite bonifico) o di ricezione dell'assegno.

Data Compilazione: / /

Firma: _____

5. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

(compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

Denominazione Azienda e codice/matricola aziendale del lavoratore dip.te: _____ |
 Età pensionabile stabilita nel regime obbligatorio di appartenenza dell'aderente: _____
 Data cessazione attività: ____ / ____ / ____ Aliquota T.F.R. (solo "vecchi iscritti"): _____ %
 Quota esente fino al 31/12/2000: € _____ Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000 (solo "nuovi iscritti"): € _____
 Importo ultimo contributo dovuto al Fondo Pensione: € _____ In data: ____ / ____ / ____

Timbro e firma del datore di lavoro: _____

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata. **SI RACCOMANDA DI COMPILARE IL MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI, INVIARE L'ORIGINALE AL FONDO TRAMITE POSTA E DI TRATTENERNE UNA COPIA DEL MODULO PER MEMORIA**

