

**1. DATI DELL'ADERENTE**

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

Cognome:	_____	Nome:	_____																				
Codice Fiscale:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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:

*NOTA BENE: Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabilite 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 e con un anticipo massimo di 5 anni rispetto ai requisiti per l'accesso alle prestazioni nel regime obbligatorio di appartenenza.*

 100% capitale       50% capitale - 50% rendita       capitale ..... % - rendita ..... %

Nel solo caso di richiesta di erogazione totale o parziale di una rendita pensionistica, compilare anche la sezione sottostante

 Frequenza di erogazione:       mensile     trimestrale     annuale     .....      Percentuale di reversibilità:      %

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

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

 B.1 Cessazione dell'attività lavorativa con **disoccupazione non inferiore ad 1 anno e non superiore a 4 anni**
**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

 C.4 **Cessazione** dell'attività lavorativa autonoma con chiusura della partita IVA

**3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI**

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

**A)  L'aderente ha cessato l'attività lavorativa**
**B)  L'aderente raggiunge il pensionamento** (ovvero raggiunge i requisiti accesso alle prestazioni stabilite nel regime obbl. di appartenenza)

**C)  Decesso** dell'aderente

 Data 1<sup>a</sup> iscrizione a forme pensionistiche complementari: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Contributi non dedotti non ancora comunicati (ultimo anno): € \_\_\_\_\_

**4. COORDINATE BANCARIE**

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

PAESE: <input type="text" value="IT"/>	CIN - EU: <input type="text"/>	CIN - IT: <input type="text"/>	ABI: <input type="text"/>	CAB: <input type="text"/>
N.ro C/C: <input type="text"/>				
Intestato a: _____		Banca e Filiale: _____		

**5. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA**

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

Età pensionabile stabilita nel regime obbligatorio di appartenenza dell'aderente: \_\_\_\_\_

Data cessazione attività: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Importo ultimo contributo dovuto al Fondo Pensione : € \_\_\_\_\_ In data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

# ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

## 1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Nella sezione iniziale devono essere riportati i dati anagrafici dell'aderente anche in caso di **decesso** del medesimo. In quest'ultimo caso il presente modulo deve essere sottoscritto da uno degli aventi diritto al riscatto ed inoltrato al Fondo Pensione unitamente alla dichiarazione allegata, sottoscritta in originale, riportante i dati anagrafici completi del/i richiedente/i e le coordinate bancarie per effettuare il bonifico di pagamento. In caso di decesso dell'aderente devono presentare domanda di riscatto totale i beneficiari previsti dalla normativa sui fondi pensione: gli eredi ovvero i diversi beneficiari (persone fisiche o giuridiche) indicati dall'aderente. In mancanza di tali soggetti, la posizione viene devoluta a finalità sociali secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro del lavoro.

## 2. OPZIONE PRESCELTA (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

NB: **Le 3 opzioni consentite sono tra loro alternative. Qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato.** Per avere maggiori dettagli sulla fiscalità applicabile alle erogazioni dei fondi pensione è necessario fare riferimento alla normativa in vigore.

**A) EROGAZIONE PRESTAZIONE PENSIONISTICA** - 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 e con un anticipo massimo di 5 anni rispetto ai requisiti per l'accesso alle prestazioni nel regime obbligatorio di appartenenza. Le prestazioni pensionistiche possono essere erogate in capitale, secondo il valore attuale, fino ad un massimo del 50%; la parte residua deve essere erogata in forma di rendita. Qualora parte della prestazione debba essere erogata in forma di rendita, devono essere fornite le ulteriori informazioni richieste relative a frequenza di erogazione ed eventuale percentuale di reversibilità, allegando al presente modulo copia di un documento di identità del/i reversionario/i. **NOTA BENE:** *Solamente i "vecchi iscritti" possono richiedere l'erogazione al 100% in forma capitale. Si noti che nel caso in cui la rendita derivante dalla conversione di almeno il 70% del montante finale sia inferiore al 50% dell'assegno sociale (Euro 5.061,68 nel 2007) la stessa verrà automaticamente erogata in forma di capitale.*

Il diritto al riscatto (ovvero al trasferimento, si veda modulo relativo) della posizione individuale maturata si ha qualora vengano meno i requisiti di partecipazione al Fondo Pensione.

**B) il RISCATTO parziale** può essere richiesto, nella misura del 50% della posizione individuale maturata, nei casi di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi.

**C) il RISCATTO totale** può essere richiesto per i casi di decesso o invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di 1/3. Può essere richiesto inoltre a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi; tale facoltà non può essere esercitata nel quinquennio precedente la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche complementari: in tal caso va richiesta la prestazione.

## 3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Questa sezione non deve essere compilata qualora l'aderente richieda, in costanza del rapporto di lavoro, il riscatto totale a causa di Invalidità permanente che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo.

**A) CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA** - Si ricorda che il cambiamento dell'attività lavorativa assume rilevanza qualora la stessa risulti precedente all'iscrizione al Fondo Pensione.

**B) PENSIONAMENTO** - l'aderente ha i requisiti per percepire la pensione erogata dal regime obbligatorio di appartenenza.

**C) DECESSO** - Il decesso dell'aderente va segnalato dagli eredi ovvero dai beneficiari

**Data Iscrizione** - Va indicata la data in cui l'aderente si è iscritto per la prima volta ad una forma pensionistica complementare.

**Contributi non dedotti** - Entro il 31/12 (era 30/09 fino al 2006) dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla normativa. Qualora l'aderente maturi il diritto alla prestazione prima del 31 dicembre, la comunicazione deve essere resa contestualmente alla presente richiesta, indicando l'ammontare dei contributi non dedotti versati al Fondo Pensione nell'ultimo anno e/o frazione d'anno che non siano già stati comunicati in precedenza (p.e. nella richiesta liq.ne di giugno 2007 vanno indicati, se non ancora comunicati, i contributi non dedotti del 2006 e, se del caso, dei primi 6 mesi del 2007. A giugno 2007 non è invece più possibile, per scadenza dei termini normativi, segnalare contributi non dedotti relativi a annualità 2005 e precedenti). Si ricorda che non devono essere indicati gli eventuali contributi versati a favore di familiari fiscalmente a carico.

## 4. COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto presso cui deve essere effettuato il bonifico di pagamento. E' indispensabile riportare tutti i codici indicati (si ricorda che: il CIN è un dato facoltativo; ABI e CAB devono essere di 5 numeri; il n.ro di c/c è di 12 caratteri alfanumerici e non deve contenere spazi, punti, barre o altro segno). In caso di decesso dell'aderente i beneficiari devono comunicare le loro coordinate bancarie nel modulo per essi previsto.

## 5. DATI DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA (compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

**Età pensionabile** - Se non indicata sarà considerata tale l'età di 65 anni per gli uomini e di 60 anni per le donne.

**Data cessazione** - è la data in cui cessa l'attività lavorativa svolta precedentemente all'iscrizione al Fondo.

**Ultimo contributo** - E' indispensabile segnalare sempre l'importo dell'ultimo versamento dovuto al Fondo Pensione e la relativa data in cui è stato/sarà versato.

**Adesione su base individuale di lavoratore dipendente** - La richiesta di liquidazione conseguente alla cessazione dell'attività lavorativa da parte del lavoratore dipendente che abbia aderito su base individuale alla forma pensionistica complementare, presuppone la conferma da parte del datore di lavoro dell'avvenuta interruzione del rapporto di lavoro (sez.ne 5) che va opportunamente motivata dall'aderente nella sez.ne 3. In questi casi, ove l'aderente risultasse iscritto a forme di previdenza complementare antecedentemente alla data del 28/04/1993, è necessario che il datore di lavoro comunichi l'aliquota di tassazione di TFR (con aliquota TFR si intende l'aliquota IRPEF calcolata dal datore di lavoro al momento della cessazione del rapporto di lavoro per la tassazione del Trattamento di Fine Rapporto) nonché l'ammontare totale dei contributi versati al Fondo dall'aderente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. Se invece l'aderente risulta iscritto a forme di previdenza complementare successivamente alla data del 28/04/1993, ma prima del 31/12/2000, oltre all'informazione sull'ammontare totale dei contributi versati al Fondo dall'aderente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR, è necessario che il datore di lavoro comunichi l'abbattimento base imponibile su quanto maturato entro il 31/12/2000. L'abbattimento corrisponde ad una franchigia di L.600.000 (€ 309,87) per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla percentuale di TFR versato. Si precisa inoltre che il Fondo non può riconoscere in sede di liquidazione la franchigia di € 309,87 (o la parte di essa spettante) per quelle quote di TFR con competenza relativa all'annualità 2000, ma il cui versamento effettivo al Fondo sia avvenuto successivamente al 01/01/2001; in questo caso l'abbattimento può essere integralmente riconosciuto dal datore di lavoro, ferma restando la necessità di segnalare l'eventuale quota residua che il Fondo può riconoscere. **NOTA BENE:** *L'abbattimento/riduzione va ripartito, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il Fondo Pensione, e la coerenza tra l'abbattimento applicato dall'azienda con quello applicato dal Fondo (su segnalazione dell'azienda) è verificata dall'Agenzia delle Entrate sulle rispettive dichiarazioni 770. La comunicazione da parte del datore di lavoro del relativo importo è necessaria per consentire al Fondo Pensione il calcolo corretto della base imponibile: qualora non venga comunicato, il Fondo Pensione non riconoscerà alcun abbattimento all'aderente*

## DATI PERSONALI DEI BENEFICIARI

### EREDE BENEFICIARIO

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ ) Telefono: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )

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

### COORDINATE BANCARIE

PAESE:  CIN - EU:  CIN - IT:  ABI:  CAB:

N.ro C/C:

Intestato a: \_\_\_\_\_ Banca e Filiale: \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che:**

▪ quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.

▪ non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulla presente scheda.

*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.*

Firma: \_\_\_\_\_

### ALTRI BENEFICIARI

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ ) Telefono: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )

Status:  Coniuge  Figlio/a  Genitore  Fratello/Sorella  Altro Erede (specificare): .....  
 Beneficiario designato dall'aderente  Persona Giuridica (indicare rag.sociale, P.IVA e indirizzo nella sez.ne superiore)

### COORDINATE BANCARIE

PAESE:  CIN - EU:  CIN - IT:  ABI:  CAB:

N.ro C/C:

Intestato a: \_\_\_\_\_ Banca e Filiale: \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che:**

▪ quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.

▪ non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulla presente scheda.

*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.*

Firma: \_\_\_\_\_

### ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO

- **Eredi:** Sono quelli previsti dal Codice Civile (ad esempio il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli e le sorelle, etc. del deceduto).

- **Altri beneficiari:** L'aderente ha la facoltà di designare una persona fisica o giuridica quale beneficiario della propria posizione individuale. In caso di designazione di persona giuridica indicare ragione sociale.

- **Documentazione da produrre:** è sempre necessario produrre certificato di morte. Quando beneficiari sono il coniuge, o i figli o i genitori, è necessario produrre certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela con l'aderente deceduto. Il beneficiario prescelto dall'aderente deve invece produrre la documentazione idonea a comprovare la propria designazione, ove la stessa non sia già in possesso del Fondo. In tutti i casi in cui beneficiario sia un minore, in assenza del genitore esercente la potestà parentale, è necessario produrre copia del provvedimento giudiziale del giudice tutelare che autorizza il tutore a esercitare il riscatto della posizione individuale dell'aderente deceduto a favore del minore; il presente modulo è in questo caso sottoscritto dal tutore.

- Qualora i beneficiari o richiedenti fossero più di due, compilare più moduli

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. n.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:** ..... / ..... / .....