

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:
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.
 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**
 B.2 Ricorso da parte dell'azienda a **procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria.**

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 cessazione dei requisiti di partecipazione cause diverse da quelle dei punti precedenti

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

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

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, cassa integrazione guadagni, ...)

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

C) **Decesso** dell'aderente

Data 1ª 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: 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. 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 dal 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 ____/____/____
 Presenza di quote TFR da conferire al Fondo ex D.Lgs. 252/2005 a luglio 2007 relativamente ai primi 6 mesi del 2007: SI NO
 Presenza di versamenti di welfare aziendale SI NO
 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.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

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

Riportare i dati anagrafici dell'aderente anche in caso di **decesso** del medesimo. In quest'ultimo caso il 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 resta acquisita al Fondo Pensione.

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

Le 4 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. 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 sia 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 ai sensi dell'art.23 del D.Lgs. 252/2005. 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 la stessa verrà automaticamente erogata in forma di capitale.

IL DIRITTO AL RISCATTO (OVVERO AL TRASFERIMENTO, SI VEDA MODULO RELATIVO) SI HA QUALORA VENGANO MENO I REQUISITI DI PARTECIPAZIONE AL FONDO:

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, ovvero in caso di ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria;

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 ed a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi;

D) il RISCATTO per cause diverse può essere richiesto per altre cause rispetto a quelle sopra riportate e SOLO SE previsto dallo Statuto/Regolamento. Si tratta p.e. dei casi di cessazione dell'attività lavorativa con disoccupazione inferiore ad 1 anno, ovvero di cessazione dell'attività lavorativa con una permanenza nelle forme pensionistiche complementari per meno di 5 anni. **NOTA BENE:** In questo caso viene liquidata all'aderente l'intera posizione, applicando un regime fiscale meno favorevole rispetto ai casi precedenti.

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: il cambiamento dell'attività lavorativa assume rilevanza nel solo caso di passaggio a settore diverso da quelli previsti per l'iscrizione al Fondo Pensione. In caso di anticipata risoluzione del rapporto di lavoro, bisogna precisare sempre il motivo della cessazione (influisce sul regime fiscale applicabile). La cessazione del rapporto di lavoro per volontà delle parti può individuarsi, oltre che nei casi indicati, in tutti i casi di interruzione volontaria. La cessazione del rapporto di lavoro per causa indipendente dalla volontà delle parti può invece individuarsi, oltre che nei casi indicati, nella sopravvenuta inabilità totale al lavoro, nel caso in cui l'azienda passi ad un settore diverso da quelli previsti per l'iscrizione al Fondo Pensione o in altri casi.

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 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 dell'ultimo anno e/o frazione d'anno che non siano già stati comunicati in precedenza (Es. *nella richiesta liq.ne di 06/2017 vanno indicati, se non ancora comunicati, i contributi non dedotti del 2016 e, se del caso, dei primi 6 mesi del 2017. A 06/2017 non è più possibile, per scadenza dei termini, segnalare contributi non dedotti del 2015 e anni precedenti*). 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)

Indicare le coordinate bancarie complete del conto sul quale deve essere effettuato il 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 altri segni). 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)

Denominazione azienda e codice aziendale: indicare il datore di lavoro ed il n.ro identificativo/matricola aziendale del dipendente.

Età pensionabile: se non indicata sarà considerata tale l'età di **67 anni sia per gli uomini sia per le donne**.

Aliquota TFR: da indicare esclusivamente per i "vecchi iscritti". 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.

Data cessazione: è la data in cui cessa l'attività lavorativa richiesta per la partecipazione al Fondo.

Quota esente: su quanto maturato entro il 31/12/2000 è 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. Qualora l'importo della quota esente fosse uguale ai contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000 indicare "100%". Qualora la quota esente non venga comunicata, il Fondo Pensione considererà esenti tutti i contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000.

Abbattimento base imponibile: su quanto maturato entro il 31/12/2000 si determina nella misura di L.600.000 (€ 309,87) per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla percentuale di TFR versato. Da indicare esclusivamente per i "nuovi iscritti".

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.*

Ultimo contributo: è indispensabile segnalare sempre l'importo dell'ultimo versamento (inteso come somma dei contributi azienda, dipendente e TFR) dovuto al Fondo Pensione e la relativa data in cui è stato/sarà versato. **NOTA BENE:** *Si segnala che, relativamente ai primi 6 mesi del 2007, è necessario segnalare i casi in cui il Fondo riceverà quote di TFR relative al 2007 ex D.Lgs. 252/2005 (riforma previdenza complementare) da versare al Fondo da luglio 2007. Versamenti TFR del 2007 non segnalati su qs. modulo verranno restituiti dal Fondo all'azienda.*

Welfare aziendale: prevede versamenti in denaro effettuati dall'azienda in sostituzione di premi di risultato legati a incrementi di produttività, redditività, qualità, efficienza ed innovazione verso forme di previdenza complementare (Legge di Bilancio 2017, Art. 1, commi 160 – 162). Applicabile ai dipendenti del settore privato.

DATI PERSONALI DEI BENEFICIARI

EREDE BENEFICIARIO

Cognome:	_____	Nome:	_____																					
Codice Fiscale:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita:	_____
Comune di nascita:	_____	Provincia: ()	Telefono:	_____																				
Indirizzo di residenza:	_____			CAP:	_____																			
Comune di residenza:	_____	Provincia: ()	_____																					
Status:	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Altro Erede (specificare):																							

COORDINATE BANCARIE

PAESE:	<table border="1"><tr><td>IT</td></tr></table>	IT	CIN-EU:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					CIN-IT:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						ABI:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						CAB:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
IT																																																																																													
N.ro C/C:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																												
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:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita:	____ / ____ / ____
Comune di nascita:	_____	Provincia: ()	Telefono:	_____																					
Indirizzo di residenza:	_____			CAP:	_____																				
Comune di residenza:	_____	Provincia: ()	_____																						
Status:	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Altro Erede (specificare):																								
	<input type="checkbox"/> Beneficiario designato dall'aderente <input type="checkbox"/> Persona Giuridica (indicare rag.sociale, P.IVA e indirizzo nella sez.ne superiore)																								

COORDINATE BANCARIE

PAESE:	<table border="1"><tr><td>IT</td></tr></table>	IT	CIN-EU:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						CIN-IT:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						ABI:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						CAB:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
IT																																																																																														
N.ro C/C:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																													
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: / /