

FONDO PENSIONE

MODULO RICHIESTA LIQUIDAZIONE
ADESIONE SU BASE INDIVIDUALE
(DIPENDENTE/AUTONOMO)

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 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 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 28/04/1993) 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 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

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

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,)

B) ☐ **Cassa Integrazione Guadagni**C) ☐ L'aderente raggiunge il **pensionamento** (ovvero raggiunge i requisiti accesso alle prestazioni stabilite 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:

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:

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

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

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

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.

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 versati al Fondo nell'ultimo anno e/o frazione d'anno che non siano già stati comunicati in precedenza (p.e. *nell'ia richiesta Iiq.ne di giugno 2008 vanno indicati, se non ancora comunicati, i contributi non dedotti del 2007 e, se del caso, dei primi 6 mesi del 2008*). Si ricorda che non devono essere indicati gli eventuali contributi versati a favore di familiari fiscalmente a carico.

Esempio CODIFICA IBAN: **PP****K****CA****AAAA****CCCC****NNNNNNNNNNNN**, dove: **PP** = codice paese (IT / SM => Italia o San Marino), **KK** = cin IBAN (due caratteri numerici), **C** = cin BBAN (1 carattere alfabetico), **AAAA** = codice ABI (5 caratteri numerici), **CCCC** = codice CAB (5 caratteri numerici), **NNNNNNNNNNNN** = numero di conto corrente (12 caratteri alfanumerici contigui, non sono ammessi né spazi né caratteri speciali quali . / ecc...)

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 29/04/1993, è necessario che il datore 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 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 rapportata 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 RICHIEDENTE**

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

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.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 EREDI O 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

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.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)
- **Beneficiari:** Sono le persone fisiche o giuridiche designate esplicitamente dall'aderente. Nel caso in cui il richiedente sia una persona giuridica indicarne la ragione sociale.
- **Documentazione da produrre:**
 - è sempre necessario produrre certificato di morte dell'aderente e fotocopia del documento di identità e del codice fiscale dell'erede/beneficiario.
 - Quando beneficiari sono gli eredi legittimi, è necessario produrre il certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela con l'aderente deceduto ed un atto notorio (ovvero dichiarazione sostitutiva di notorietà) comprovante l'esistenza e le generalità degli eredi superstiti.
 - 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, è necessario produrre copia del provvedimento giudiziale del giudice tutelare che autorizza il genitore/tutore a esercitare il riscatto della posizione individuale dell'aderente deceduto a favore del minore; il presente modulo è in questo caso sottoscritto dal genitore/tutore.
- Qualora i beneficiari o richiedenti fossero più di due, compilare più schede
- 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 del Regolamento EU 679/2016, 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: / /

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016, "Fondo Pensione Complementare a Capitalizzazione per gli Esercenti le Professioni Sanitarie" con sede in Via Po, 22 - 00198 Roma, Titolare del trattamento, La informa che, il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per la gestione della sua richiesta di liquidazione della posizione individuale; il conferimento dei dati è necessario per perseguire le finalità menzionate. La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto al fondo e la conseguente determinazione del rapporto associativo, nonché gli obblighi di legge. La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dall'art. 15 e ss. del Regolamento EU 679/2016, scrivendo a privacy@fondosanita.it. L'informativa completa potrà essere visionata sul sito web del fondo www.fondosanita.it, nella sezione privacy.