FONDOSANITA'
Fondo Pensione complementare a capitalizzazione per gli esercenti le professioni sanitarie

RICHIESTA PREVENTIVO PRESTAZIONE PREVIDENZIALE IN CAPITALE O RENDITA

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: / /

Comune di nascita: _____ Prov.: ( ) _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: ( )

2. TIPOLOGIA DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE

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

Rendita vitalizia immediata ☐ *Rendita certa 5 anni* ☐
Rendita vitalizia reversibile ☐ *Rendita certa 10 anni* ☐
Rendita contro assicurata ☐ *Rendita LTC* ☐

Frequenza di erogazione: mensile ☐ trimestrale ☐ annuale ☐

Percentuale di reversibilità: %

Cognome e nome reversionario: _____ Sesso: M F Data di nascita: / /

Richiedo il conteggio preventivo della rendita derivante dalla mia posizione previdenziale, sulla base delle indicazioni di cui sopra.

Dichiaro di essere al corrente che tale stima ha solo scopo informativo in quanto la gestione finanziaria ha impatto sulla riserva maturata fino al momento del suo smobilizzo, e le condizioni indicate potrebbero subire delle variazioni al momento della richiesta definitiva.

Data compilazione / / Firma _____