

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: <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. 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. Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce anche a fronte di non svolgimento dell'attività lavorativa 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 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: Sesso: M F Data di nascita: / /

◆ Nel caso di richiesta di erogazione totale o parziale in forma capitale, compilare anche la sezione sottostante

Data 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: / / Contributi non dedotti fino al 2006: €
Data cessazione attività: / / Contributi non dedotti dal 2007: €
Motivo cessazione attività:

- 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 stabiliti nel regime obbl. di appartenenza)

Richiedo il conteggio preventivo della rendita o della prestazione in forma capitale 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: _____