

In relazione alla richiesta di liquidazione a favore del socio

Signor/Signora \_\_\_\_\_

C.I.D. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

codice aderente \_\_\_\_\_

- Per:  Riscatto per pensionamento  
 Riscatto per anticipata risoluzione del rapporto di lavoro  
 Anticipazione  
 Trasferimento  
 Riscatto per decesso dell'iscritto

con data effetto \_\_\_\_\_, si dichiara quanto segue:

- l'iscritto **non proviene** da altro Fondo Pensione e la data di iscrizione al Fondo Pensione FNM è \_\_\_\_\_ ;
- l'iscritto **provviene** da altro Fondo Pensione dal quale ha trasferito la propria posizione individuale e la data di iscrizione al primo fondo pensione è \_\_\_\_\_, (in caso di trasferimento in entrata);
- la posizione non è soggetta a vincoli o gravami diversi;
- la posizione è soggetta a vincoli o gravami diversi;
- non ha ottenuto precedenti anticipazioni;
- ha ottenuto precedenti anticipazioni  
 erogate nel limite del 30%                       erogate nel limite del 75%
- ha ottenuto trasferimenti in entrata per un totale di contributi pari ad Euro \_\_\_\_\_ ;
- sono già stati tassati a titolo definitivo (art. 6 della legge 482/85) da altra impresa assicurativa i rendimenti assicurativi pari ad Euro \_\_\_\_\_ ;
- i **contributi non dedotti** ammontano complessivamente ad Euro \_\_\_\_\_ ;  
di cui: entro il 31.12.2000 (solo da busta paga nuovi iscritti):                      Euro  
dal 1.1.2001 al 31.12.2006:    Euro  
dopo il 1.1.2007:    Euro
- i contributi **volontari versati direttamente al Fondo Pensione FNM** dopo il 1.1.2007 ammontano complessivamente ad \_\_\_\_\_ Euro
- data ultimo giorno lavorativo
- ultima mensilità contributiva

La data di cessazione dell'iscrizione al Fondo Pensione FNM è convenzionalmente fissata nella stessa data in cui avviene la liquidazione da parte del Gestore del patrimonio.

Data

**FONDO PENSIONE FNM**  
IL PRESIDENTE  
(Michele Brunella)

(Il presente modello deve essere compilato da ogni Azienda presso la quale il lavoratore abbia svolto la sua attività durante gli anni di iscrizione al Fondo Pensione FNM attuale ed eventuali precedenti fondi pensione)

Con la presente si comunica che il

Signor/La Signora \_\_\_\_\_ C.I.D. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ codice aderente \_\_\_\_\_

avendo inoltrato richiesta di:

- Riscatto per pensionamento
- Riscatto per anticipata risoluzione del rapporto di lavoro
- Anticipazione
- Trasferimento ad altro Fondo Pensione o ad altra forma pensionistica individuale
- Riscatto per decesso dell'Isritto

affinché si possa provvedere alla liquidazione delle prestazioni previdenziali del socio, in conformità alla vigente legislazione, vi comunichiamo i seguenti dati maturati alla mensilità di:

- A)** l'aliquota fiscale per la tassazione del TFR, determinata ai sensi degli artt. 16 e 17 del D.P.R. 917/86, è pari al \_\_\_\_\_ %  
*(informazione necessaria solo nel caso di cessazione del rapporto di lavoro di un "vecchio iscritto")*
- B)** l'importo complessivo dei **contributi a carico dell'Azienda** ammonta a \_\_\_\_\_ Euro
- C)** l'importo complessivo dei **contributi derivanti da TFR** ammonta a \_\_\_\_\_ Euro
- D)** l'importo complessivo dei **contributi a carico del lavoratore** ammonta a \_\_\_\_\_ Euro
- E)** l'importo complessivo dei **contributi derivanti da welfare** ammonta a \_\_\_\_\_ Euro
- F)** l'importo annuale dei contributi posti a carico del lavoratore negli anni fino al 2000:

- non ha mai superato, in ciascun anno di contribuzione, il 4%** della retribuzione percepita dal dipendente, al netto dei contributi obbligatori per legge posti a carico dello stesso (art. 17 del D.P.R. 917/86).
- ha superato il 4%** della retribuzione percepita dal dipendente, al netto dei contributi obbligatori per legge posti a carico dello stesso (art. 17 del D.P.R. 917/86) negli anni e per gli importi di seguito indicati:
  - anno \_\_\_\_\_ contributo eccedente Euro \_\_\_\_\_
  - anno \_\_\_\_\_ contributo eccedente Euro \_\_\_\_\_
  - anno \_\_\_\_\_ contributo eccedente Euro \_\_\_\_\_

**FNM S.p.A.**  
RISORSE UMANE E WELFARE  
*(dott. Matteo QUARETTI)*

Data \_\_\_\_\_

(Il presente modello deve essere compilato da ogni Azienda presso la quale il lavoratore abbia svolto la sua attività durante gli anni di iscrizione al Fondo Pensione FNM attuale ed eventuali precedenti fondi pensione)

Con la presente si comunica che il

Signor/La Signora        C.I.D.

CODICE FISCALE        codice aderente

avendo inoltrato richiesta di:

- Riscatto per pensionamento
- Riscatto per anticipata risoluzione del rapporto di lavoro
- Anticipazione
- Trasferimento ad altro Fondo Pensione o ad altra forma pensionistica individuale
- Riscatto per decesso dell'Isritto

affinché si possa provvedere alla liquidazione delle prestazioni previdenziali del socio, in conformità alla vigente legislazione, vi comunichiamo i seguenti dati maturati alla mensilità di        :

**A)** l'aliquota fiscale per la tassazione del TFR, determinata ai sensi degli artt. 16 e 17 del D.P.R. 917/86, è pari al        %  
(informazione necessaria solo nel caso di cessazione del rapporto di lavoro di un "vecchio iscritto")

**B)** l'importo complessivo dei **contributi a carico dell'Azienda** ammonta a  
Euro

**C)** l'importo complessivo dei **contributi derivanti da TFR** ammonta a  
Euro

**D)** l'importo complessivo dei **contributi a carico del lavoratore** ammonta a  
Euro

**E)** l'importo complessivo dei **contributi derivanti da welfare** ammonta a  
Euro

**F)** l'importo annuale dei contributi posti a carico del lavoratore negli anni fino al 2000:

**non ha mai superato, in ciascun anno di contribuzione, il 4%** della retribuzione percepita dal dipendente, al netto dei contributi obbligatori per legge posti a carico dello stesso (art. 17 del D.P.R. 917/86).

**ha superato il 4%** della retribuzione percepita dal dipendente, al netto dei contributi obbligatori per legge posti a carico dello stesso (art. 17 del D.P.R. 917/86) negli anni e per gli importi di seguito indicati:

anno        contributo eccedente Euro

anno        contributo eccedente Euro

anno        contributo eccedente Euro

**TRENORD S.r.l.**  
DIREZIONE CORPORATE  
(dott. Andrea DEL CHICCA)

Data

**MODULO RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE**

Con la presente il/la Signor/Signora \_\_\_\_\_

C.I.D. \_\_\_\_\_ codice aderente \_\_\_\_\_

Dipendente della Società \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Domicilio Fiscale Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

Documento di Riconoscimento \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Data Rilascio \_\_\_\_\_ Autorità/Luogo \_\_\_\_\_

chiede la liquidazione della prestazione previdenziale secondo le modalità di seguito indicate per:

(barrare la casella interessata)

- Pensionamento
- Riscatto per anticipata risoluzione del rapporto di lavoro (prima del pensionamento)
- Anticipazione
- Trasferimento ad altro fondo pensione o ad altra forma pensionistica individuale
- Riscatto per decesso dell'Isritto (LIQ01\_4)

allegati:

- LIQ01\_1 - comunicazione del Fondo Pensione FNM
- LIQ01\_2 - comunicazione dell'Azienda
- LIQ01\_3 - comunicazione dell'Isritto
- LIQ01\_4 - decesso dell'Isritto

# 1. **PENSIONAMENTO EROGAZIONE PRESTAZIONE PENSIONISTICA**

## **A) PENSIONAMENTO VECCHI ISCRITTI**

L'Iscritto raggiunge il **pensionamento** (ovvero raggiunge i requisiti di accesso alle prestazioni stabili nel regime obbligatorio di appartenenza, con almeno 5 anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari. Il diritto 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).

Avendo maturato il diritto alla prestazione pensionistica obbligatoria, il sottoscritto chiede l'erogazione della prestazione pensionistica secondo le modalità di seguito indicate:

- ①  100 % Rendita
- ②  50 % Capitale - 50 % Rendita
- ③  % Capitale      % Rendita  
(indicare la percentuale scelta - per la % in capitale max 50% consentito)
- ④  100% Capitale (vedi note)

Per i "vecchi iscritti" (iscritti a Forme pensionistiche complementari prima del 29/04/1993) che optano per l'erogazione del 100% del capitale verrà automaticamente applicato il regime introdotto dal D.Lgs. 252/2005. Il Fondo Pensione FNM ha informato preventivamente l'Iscritto qualora parte della prestazione debba essere erogata sotto forma di rendita, in caso contrario procederà direttamente con l'erogazione del 100% in forma di capitale (vedi note allegate).

### A.1) tipo di rendita

#### • Frazionamento della rendita posticipata

Dati da indicare nel caso di erogazione di parte in rendita.

A  Annuale   B  Semestrale   C  trimestrale   D  Bimestrale   E  Mensile

### A.2) reversibilità della rendita

Dati riguardanti la seconda testa assicurata in caso di reversibilità della rendita.

<b>Cognome e Nome</b>	Telefono:		
<b>Luogo e Data Nascita</b>	Nato/a a	Prov ( ) il	sessu M F
<b>Domicilio Fiscale</b>	Via		
	Città	Prov. ( )	Cap
<b>Codice Fiscale</b>			
<b>Documento di Riconoscimento</b>	Tipo	Numero	
	Data	Rilascio	
	Autorità/Luogo		

(allegare fotocopia documento d'identità)

**B) PENSIONAMENTO NUOVI ISCRITTI**

L'iscritto raggiunge il **pensionamento** (ovvero raggiunge i requisiti di accesso alle prestazioni stabili nel regime obbligatorio di appartenenza, con almeno 5 anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari. Il diritto 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) per:

- Pensionamento per Anzianità                       Pensionamento per Vecchiaia

Avendo maturato il diritto alla prestazione pensionistica obbligatoria, il sottoscritto chiede l'erogazione della prestazione pensionistica secondo le modalità di seguito indicate:

- ①  100 % Rendita
- ②  50 % Capitale - 50 % Rendita
- ③       % Capitale      % Rendita  
(indicare la percentuale scelta - per la % in capitale max 50% consentito)
- ④  la liquidazione delle prestazioni maturate in soluzione unica se la rendita derivante dalla conversione del 70% del montante finale risulta inferiore al 50% dell'assegno sociale (DLgs 252/2005 art. 11 comma 3) (vedi note allegate)

Per i "Nuovi Iscritti" (iscritti dopo il 28/04/1993) NON è prevista la possibilità di optare per diversi regimi fiscali. Il Fondo Pensione FNM ha informato preventivamente l'iscritto qualora parte della prestazione debba essere erogata sotto forma di rendita, in caso contrario procederà direttamente con l'erogazione del 100% in forma di capitale (vedi note allegate).

**B.1) tipo di rendita**

• **Frazionamento della rendita posticipata**

Dati da indicare nel caso di erogazione di parte in rendita.

A  Annuale   B  Semestrale   C  trimestrale   D  Bimestrale   E  Mensile

**B.2) reversibilità della rendita**

Dati riguardanti la seconda testa assicurata in caso di reversibilità della rendita.

<b>Cognome e Nome</b>	Telefono:		
<b>Luogo e Data Nascita</b>	Nato/a a	Prov( ) il	Sesso M F
<b>Domicilio Fiscale</b>	Via		
	Città	Prov. ( )	Cap
<b>Codice Fiscale</b>			
<b>Documento di Riconoscimento</b>	Tipo	Numero	
	Data	Rilascio	
	Autorità/Luogo		

(allegare fotocopia documento d'identità)

**Fondo Pensione FNM**

Sede Legale:  
Piazzale Cadorna, 14 - 20123 Milano  
Iscrizione all'Albo n. 1165  
Codice Fiscale n. 97116730157

Segreteria: telefono 02 85114388  
www.fondopensione fnm.it  
e-mail: fondopensione fnm@fondopensione fnm.it  
PEC: fondopensione fnm@legalmail.it

## **NOTE per l'Isritto**

### **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 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. 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 tipologia (rendita immediata o posticipata, erogazione certa per un certo numero di anni, sopravvenuta non autosufficienza), frequenza di erogazione ed eventuale % di reversibilità, allegando copia di un documento di identità del/i reversionario/i.

Ulteriori opzioni richieste devono essere previste dalle Convenzioni in essere.

**Note per i vecchi Isritti:** Si segnala che per i vecchi Isritti, che OPTANO per l'erogazione del 100% del capitale viene automaticamente applicato il più favorevole regime introdotto dal D.Lgs. 252/2005. In base a tale opzione viene erogato in forma capitale il 100% del montante fino al 31/12/2006, mentre con riferimento al montante accumulato dal 2007 si applica la nuova disciplina che prevede l'erogazione del 50% in forma capitale e del restante 50% (ove ricorrano le condizioni) in forma di rendita. L'erogazione del 50% in rendita è infatti obbligatoria solo in presenza di un montante sufficientemente elevato e cioè solo nel caso in cui la rendita ipotetica derivante dalla conversione di almeno il 70% del montante finale maturato a partire dal 1° gennaio 2007 risulti superiore al 50% dell'assegno sociale; il Fondo Pensione FNM informerà preventivamente l'Isritto qualora parte della prestazione debba essere erogata sotto forma di rendita. Resta peraltro salva la possibilità per il vecchio Isritto di richiedere la liquidazione dell'intera prestazione in capitale applicandosi in tal caso il regime tributario (penalizzante) vigente alla data del 31/12/2006.

**Note per i nuovi Isritti:** Si segnala che per i nuovi Isritti, NON è invece prevista la possibilità di optare per diversi regimi fiscali. Per essi la prestazione va erogata al 50% in forma capitale ed al 50% in forma di rendita. Per i nuovi Isritti, che barrano l'opzione di ricevere il 100% della prestazione in forma capitale, sarà cura del Fondo Pensione FNM verificare se il montante maturato è sufficientemente elevato da rendere obbligatoria l'erogazione anche sotto forma di rendita. Tale obbligo sorge solo nel caso in cui la rendita ipotetica derivante dalla conversione di almeno il 70% del montante finale complessivamente maturato risulti superiore al 50% dell'assegno sociale. Il Fondo Pensione FNM informerà preventivamente l'Isritto qualora parte della prestazione debba essere erogata sotto forma di rendita; in caso contrario procederà direttamente con l'erogazione al 100% in forma capitale.

**2.  RISCATTO PER ANTICIPATA RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO**

A seguito dell'anticipata risoluzione del rapporto di lavoro precedente al pensionamento

- a seguito di mobilità o di altre cause non dipendenti dalla volontà delle parti
- derivante da cause diverse da quelle indicate al punto precedente (es. dimissioni)
- a seguito invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo o a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi.

(Il riscatto non è tuttavia consentito ove tali eventi si verificano nel quinquennio precedente la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche complementari, nel qual caso vale quanto previsto all'art. 7, comma 3)

si richiede il riscatto totale della posizione individuale nella forma di capitale in soluzione unica.

- a seguito 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 si richiede il riscatto del 50% della posizione individuale nella forma di capitale.

**Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016**

Tenuto conto dell'informativa in materia di protezione dei dati personali fornitami dal Fondo Pensione FNM

**dò il consenso**                       **nego il consenso**

al trattamento dei dati personali appartenenti a particolari categorie ex art. 9, par. 1, del Regolamento, segnatamente i dati relativi alla salute trattati dal Fondo Pensione in occasione della presente richiesta di riscatto per invalidità.

Data \_\_\_\_\_

iscritto/a \_\_\_\_\_



### 3. **ANTICIPAZIONE AI SENSI DELL'ART. 11 DEL DLgs 252/2005**

In base alla documentazione presentata al Fondo Pensione FNM, il sottoscritto ha titolo per ottenere l'anticipazione richiesta ai sensi dell'art. 11 del DLgs 252/2005 per l'importo di

- 75% della posizione individuale
- 30% della posizione individuale
- Euro \_\_\_\_\_ della posizione individuale

per

- spese sanitarie conseguenti a situazioni gravissime attinenti a sé, al coniuge o ai figli, per terapie e per interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche;
- acquisto della prima casa di abitazione per sé o per i figli;
- realizzazione sulla prima casa di abitazione, degli interventi di manutenzione ordinaria, straordinaria, di restauro e di risanamento conservativo, di ristrutturazione edilizia, di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 1 dell'art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380;
- ulteriori esigenze dell'aderente.

### 4. **TRASFERIMENTO**

Il sottoscritto richiede il trasferimento della posizione previdenziale verso il Fondo Pensione o la forma pensionistica individuale ....., iscritto all'Albo dei Fondi Pensione n. \_\_\_\_\_ e con sede in Via \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (cap - località)

Si allega copia della documentazione attestante l'avvenuta iscrizione presso il Fondo Pensione/la forma individuale sopra indicato/a nonché delle coordinate bancarie per l'accredito della posizione.

### 5. **DECESSO DELL'ISCRITTO**

Riscatto per decesso dell'iscritto, avvenuto in data \_\_\_\_\_.  
(LIQ01\_4)

**MODALITA' DI RISCOSSIONE**

(da non compilare nel caso del punto 5)

 Si chiede di accreditare l'importo della liquidazione sul conto corrente

intestato a \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

IT CAR.CONT. CIN ABI CAB CONTO CORRENTE

aperto presso \_\_\_\_\_

Filiale/Agenzia \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

 Si chiede di fare pervenire l'importo relativo alla liquidazione tramite assegno bancario non trasferibile all'ordine del Beneficiario signor \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi delle vigenti norme di Legge (ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679) per lo svolgimento delle attività connesse all'esecuzione di quanto sopra ed allega fotocopia del documento d'identità e del codice fiscale.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile dell'Isritto/a)

Data effetto

**TIMBRO E FIRMA**  
a cura del Fondo Pensione FNM**Fondo Pensione FNM**

Sede Legale:  
Piazzale Cadorna, 14 - 20123 Milano  
Iscrizione all'Albo n. 1165  
Codice Fiscale n. 97116730157

Segreteria: telefono 02 85114388  
www.fondopensionefnm.it  
e-mail: fondopensionefnm@fondopensionefnm.it  
PEC: fondopensionefnm@legalmail.it

LIQ01\_5

12/12

**MANLEVA PER ACCREDITO AL FONDO PENSIONE FNM IMPORTI  
MATURATI DAI "VECCHI ISCRITTI"**

Il presente modulo deve essere compilato congiuntamente alla richiesta di liquidazione/anticipazione con riferimento alle posizioni degli iscritti al fondo pensione precedentemente la data del 29.04.1993 ("vecchi iscritti") in caso di erogazione diversa da trasferimento o da riscatto totale conseguente al decesso.

Io sottoscritto/a **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** C.I.D. **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**

Società **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** assunto/a il \_\_\_\_\_ Telefono  
\_\_\_\_\_

categoria d'appartenenza "VECCHIO ISCRITTO" data 1^ iscrizione fondo \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**

Domicilio via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Residenza via **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** Cap **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** comune **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** prov **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**

**in seguito alla richiesta di smobilizzo della propria posizione previdenziale derivante da:**

(barrare le caselle interessate)

- erogazione della prestazione pensionistica** ex art. 11 DLgs 252/2005 secondo le modalità di seguito indicate  
 100% capitale  50% capitale-50% rendita  capitale \_\_\_\_\_%-rendita \_\_\_\_\_%
- riscatto parziale nella misura del 50%** ex art. 14 DLgs 252/2005 secondo le modalità di seguito indicate
- riscatto totale** ex art. 14 DLgs 252/2005 secondo le modalità di seguito indicate
- riscatto per cause diverse** ex art. 14 DLgs 252/2005 secondo le modalità di seguito indicate
- anticipazione** ex art. 11 DLgs 252/2005 secondo le modalità di seguito indicate

Al fine di consentire al Fondo Pensione FNM di procedere all'operazione di pagamento in un'unica soluzione, io sottoscritto/a **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** in qualità di beneficiario/a della parte di prestazione maturata a tutto il 31.12.2000

**AUTORIZZO**  **NON AUTORIZZO**

ai sensi dell'art. 1188 del Codice Civile la Compagnia Assicuratrice UNIPOL S.p.A. ad accreditare la parte di prestazione pensionistica netta maturata a tutto il 31.12.2000 a me spettante sul conto corrente del Fondo Pensione FNM

BANCO BPM – Agenzia n. 3

CODICE IBAN IT 67 M 05034 01690 000000025672

Il/la sottoscritto/a dichiaro/a, 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. È 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/la sottoscritto/a dichiaro/a, inoltre, per se e per i suoi aventi causa, di tenere indenne e sollevata la Compagnia Assicuratrice UNIPOL SpA da qualsiasi pretesa ed eccezione che venisse avanzata in relazione all'erogazione al Fondo Pensione FNM dell'importo della prestazione netta allo stesso spettante.

In fede

data **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**

**TIMBRO E FIRMA**  
a cura del Fondo Pensione FNM

**Fondo Pensione FNM**

Sede Legale:  
Piazzale Cadorna, 14 - 20123 Milano  
Iscrizione all'Albo n. 1165  
Codice Fiscale n. 97116730157

Segreteria: telefono 02 85114388  
www.fondopensioneefnm.it  
e-mail: fondopensioneefnm@fondopensioneefnm.it  
PEC: fondopensioneefnm@legalmail.it

LIQ01\_4

10/12

In seguito al decesso del socio \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_,  
avvenuto in data \_\_\_\_\_, si chiede di dare corso al riscatto della posizione ad uno dei  
seguenti soggetti, come previsto dal DLgs 252/2005 art. 14 comma 3 e successive modifiche:

**EREDE RICHIEDENTE**Nominativo ..... sesso M  F 

Data di nascita \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Domicilio Fiscale Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_

Status:  coniuge  figlio  genitore  altro erede ..... Si chiede di accreditare l'importo della liquidazione sul conto corrente intestato

a \_\_\_\_\_ aperto presso \_\_\_\_\_

Filiale/Agenzia \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

IT CAR.CONT. CIN ABI CAB CONTO CORRENTE

 Si chiede di fare pervenire l'importo relativo alla liquidazione tramite assegno bancario non  
trasferibile all'ordine del Beneficiario signor \_\_\_\_\_**ALTRI BENEFICIARI O RICHIEDENTI****EREDE RICHIEDENTE**Nominativo ..... sesso M  F 

Data di nascita \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Domicilio Fiscale Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_

Status:  coniuge  figlio  genitore  altro erede ..... Si chiede di accreditare l'importo della liquidazione sul conto corrente intestato

a \_\_\_\_\_ aperto presso \_\_\_\_\_

Filiale/Agenzia \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

IT CAR.CONT. CIN ABI CAB CONTO CORRENTE

Si chiede di fare pervenire l'importo relativo alla liquidazione tramite assegno bancario non trasferibile all'ordine del Beneficiario signor \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi delle vigenti norme di Legge per lo svolgimento delle attività connesse all'esecuzione di quanto sopra ed allega i seguenti documenti:

1.  certificato di morte dell'iscritto
2.  dichiarazione sostitutiva dell'atto Notorio, rilasciato ai sensi del DPR 445/2000 che si è aperta la successione legale e contenente le generalità di ciascun beneficiario
3.  carta d'identità e codice fiscale degli aventi diritto
4.  nel caso di beneficiari minorenni, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione delle quote dei minori ed esonera la Compagnia da ogni responsabilità in ordine all'eventuale reimpiego (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore).

**(Firma dell'avente diritto / degli aventi diritto)**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Data \_\_\_\_\_