

## MODULO RICHIESTA RISCATTO PER PENSIONAMENTO

Con la presente il/la Signor/Signora

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ codice aderente \_\_\_\_\_

iscritto/a al Fondo Pensione FNM dal

data prima iscrizione alla previdenza integrativa

Email \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

avendo cessato il rapporto di lavoro in data \_\_\_\_\_ chiede la liquidazione della prestazione previdenziale secondo le modalità di seguito indicate per pensionamento.

### PENSIONAMENTO - EROGAZIONE PRESTAZIONE PENSIONISTICA

☐ **VECCHI ISCRITTI** ☐ **NUOVI ISCRITTI**

☐ 100 % Rendita

☐ % Capitale % Rendita (indicare la percentuale scelta - per Il capitale max 50% consentito)

☐ Comunico l'intenzione di differire la liquidazione del 50% in rendita a data successiva

☐ 100% Capitale (vedi specifiche)

Per la rendita compilare apposito modulo

### MODALITA' DI RISCOSSIONE

☐ Si chiede di accreditare l'importo della liquidazione sul conto corrente intestato a \_\_\_\_\_

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

IT CAR.CONT. CIN ABI CAB CONTO CORRENTE

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 \_\_\_\_\_

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

Data effetto \_\_\_\_\_

#### TIMBRO E FIRMA

a cura del Fondo Pensione FNM

LIQ01

## 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

Codice Fiscale

Telefono

Domicilio fiscale: via

Cap                comune                prov

categoria d'appartenenza “VECCHIO ISCRITTO” data 1^ iscrizione fondo

**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

☐ capitale                % - rendita                %

☐ 100% rendita

Al fine di consentire al Fondo Pensione FNM di procedere all'operazione di pagamento in un'unica soluzione, io sottoscritto/a                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 \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA**

a cura del Fondo Pensione FNM