

MODULO RICHIESTA PRESTAZIONE PENSIONISTICA

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.

EROGAZIONE PRESTAZIONE PENSIONISTICA ☐ **VECCHI ISCRITTI** ☐ **NUOVI ISCRITTI**

Avvertenze Importanti

- La scelta della tipologia di prestazione, una volta che sia iniziata la liquidazione, è **IRREVOCABILE**, salvo successiva conversione in rendita vitalizia. L'aderente potrà revocare la scelta solo prima che il Fondo proceda alla liquidazione del primo importo.
- Le nuove prestazioni NON sono combinabili tra loro né con la rendita vitalizia.
- Dal momento dell'esercizio dell'opzione non è possibile effettuare trasferimenti, anticipazioni o accedere alla RITA. La RITA eventualmente in corso si intende revocata.
- Non è consentito versare ulteriori contributi, salvo attivazione di nuovo rapporto di lavoro con maturazione di TFR.
- È obbligatorio indicare il/i soggetto/i beneficiario/i del montante residuo in caso di decesso.
- Il modulo privo dell'indicazione dei beneficiari in caso di decesso è considerato INCOMPLETO e non verrà lavorato

PRELIEVI LIBERAMENTE DETERMINABILI

☐ Richiedo un ulteriore prelievo

☐ di € (Euro), al lordo delle imposte;

L'erogazione non potrà essere superiore alle annualità maturate dedotti i prelievi già effettuati.

Non sono concedibili prelievi liberamente determinabili di importo inferiore ad **€ 3.000** al lordo delle imposte e tra una richiesta e la successiva devono trascorrere almeno **12 mesi**.

Il/La sottoscritto/a, avendo optato per l'erogazione in Rendita a Durata Definita/ Prelievi Liberamente Definiti dichiara di:

- aver preso visione del supplemento alla Nota informativa dedicato alle nuove tipologie di prestazioni pensionistiche e del Documento sulle rendite, aggiornati con le caratteristiche delle prestazioni di cui all'art. 11, co. 3-bis, D.Lgs. 252/2005;
- essere consapevole che l'importo delle rate/prelievi varia in funzione dei risultati finanziari della gestione (rischio di investimento) e non è garantito;
- essere consapevole del rischio di longevità, ossia che la durata della vita possa risultare superiore alla speranza di vita, con conseguente esaurimento del capitale disponibile (per la rendita a durata definita e i prelievi liberamente determinabili);

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

- essere consapevole che la scelta della tipologia di prestazione è irrevocabile, salvo conversione successiva in rendita vitalizia immediata o differita;
- essere consapevole che dalla data di esercizio dell'opzione non è più possibile effettuare trasferimenti, anticipazioni o accedere alla RITA, né proseguire la contribuzione salvo i casi previsti dalla normativa;

PERIODO TRANSITORIO:

Le forme pensionistiche hanno tempo fino al 31 dicembre 2026 per adeguare i sistemi informativi e le procedure operative.

Durante tale periodo, la richiesta verrà acquisita ma la liquidazione potrà avvenire solo successivamente all'adeguamento del quale verrà data apposita comunicazione.

Con la sottoscrizione del presente modulo l'aderente conferma tutte le dichiarazioni rese e richiede l'avvio della procedura di erogazione della prestazione pensionistica complementare selezionata consapevole delle indicazioni fornite circa il periodo transitorio necessario all'adeguamento del Fondo.

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 dichiara di aver ricevuto adeguata informativa ed 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