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.

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

☐ 100 % Rendita Vitalizia*

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

*Per questa tipologia di prestazione pensionistica compilare apposito modulo

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

☐ 100% Capitale

Avvertenze Importanti (per la Rendita a Durata Definita, per i Prelievi Liberamente Determinabili e per l'Erogazione Frazionata del montante accumulato)

- 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

☐ % Capitale % Rendita a Durata Definita (indicare la percentuale scelta - per il capitale max 50%)

Comparto di Investimento: ☐ ☐

Comparto Assicurativo **Comparto Azionario**

(indicare il comparto; se non indicato, il Fondo utilizzerà il Comparto Assicurativo)

Durata della rendita a durata definita:

☐ Standard: pari alla vita attesa residua ISTAT (default)

☐ Estesa: per un numero di anni superiore: durata richiesta (anni)

La rendita a durata definita è erogata con periodicità annuale; se la rata annuale è di importo uguale o maggiore di €. 3.000 l'aderente può chiedere l'erogazione con periodicità trimestrale.

Periodicità erogazione ☐ Annuale ☐ Trimestrale

È obbligatorio designare i beneficiari caso morte compilando il MODULO SOGGETTI DESIGNATI IN CASO DI PREMORIENZA DELL'ISCRITTO DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA

☐ % Capitale % Prelievi Liberamente Determinabili (indicare la percentuale scelta - per il capitale max 50%)

Comparto di Investimento: ☐ ☐

Comparto Assicurativo **Comparto Azionario**

(indicare il comparto; se non indicato, il Fondo utilizzerà il Comparto Assicurativo)

☐ Richiedo il primo prelievo di €
(non superiore alla prima rata di rendita figurativa)

☐ Effettuerò i prelievi successivamente tramite apposita richiesta

È obbligatorio designare i beneficiari caso morte compilando il MODULO SOGGETTI DESIGNATI IN CASO DI PREMORIENZA DELL'ISCRITTO DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA

☐ % Capitale % Erogazione Frazionata del montante accumulato (indicare la percentuale scelta - per il capitale max 50%)

Comparto di Investimento: ☐ ☐

Comparto Assicurativo **Comparto Azionario**

(indicare il comparto; se non indicato, il Fondo utilizzerà il Comparto Assicurativo)

Durata della Erogazione Frazionata:

☐ durata richiesta (anni) (non inferiore a 5 anni)

L'Erogazione Frazionata del montante accumulato è erogata con periodicità annuale; se la rata annuale è di importo uguale o maggiore di €. 3.000 l'aderente può chiedere l'erogazione con periodicità trimestrale.

Periodicità erogazione ☐ Annuale ☐ Trimestrale

È obbligatorio designare i beneficiari caso morte compilando il MODULO SOGGETTI DESIGNATI IN CASO DI PREMORIENZA DELL'ISCRITTO DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA

Il/La sottoscritto/a, avendo optato per l'erogazione in Rendita a Durata Definita/ Prelievi Liberamente Definiti/ Erogazione Frazionata del montante accumulato 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);
- 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

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