



RICHIESTA RISCATTO - Nuovi iscritti

MODULO LN-R

(iscritti alla previdenza complementare dopo il 28.4.1993)

La compilazione del presente modulo costituisce autocertificazione da parte dell'iscritto.

Il/la sottoscritto/a:

cognome e nome			
data di nascita	luogo di nascita	provincia	codice fiscale
residenza fiscale	CAP	località	provincia
domicilio (se diverso)	CAP	località	provincia
telefono fisso	telefono cellulare	e-mail	

CHIEDE IL RISCATTO DELLA POSIZIONE

in assenza dei requisiti di pensionamento e/o dei cinque anni di previdenza complementare.

* nella misura del 100%

chiede l'applicazione dell'agevolazione sul primo 50% per:
mobilità cassa integrazioneinoccupazione per un periodo compreso tra 12 e 48 mesi
esodo incentivato art.4 L. 92/2012 esodo incentivato art.14 dl. 104/2020

* nella misura del 35% 55% 75%

(il riscatto parziale può essere esercitato una sola volta in relazione allo stesso rapporto di lavoro)

nella misura del 50% con tassazione agevolata

per la seguente motivazione:
mobilitàinoccupazione per un periodo compreso tra 12 e 48 mesi
cassa integrazione esodo incentivato art.4 L. 92/2012

esodo incentivato art.14 dl. 104/2020

nella misura del 100% con tassazione agevolata

per la seguente motivazione: invalidità permanente

inoccupazione per un periodo superiore a 48 mesi

* I contributi imponibili 2001-2006 saranno assoggettati a tassazione ordinaria, in caso di riscatto 100% ciò potrebbe venire meno se è inclusa l'opzione del 50% agevolato.

Coordinate IBAN per il pagamento:

Codice Paese	CIN _{EU}	CIN _{IT}	ABI	CAB	Numero di conto corrente

Estremi del documento di identità (Adeguamento alle disposizioni della Legge Antiriciclaggio 5 luglio 1991, n. 197 e successive modificazioni e integrazioni)

Tipo di documento: _____ Numero del documento: _____

Ente emittente: _____ Luogo e data di emissione: _____

(allega copia del documento al presente modulo)

allega al presente il **Modulo RE** attestante eventuali periodi di residenza fiscale all'esteroallega al presente il **Modulo CR** per l'ulteriore consenso al riscatto per invalidità permanente

_____ data

_____ firma



RICHIESTA LIQUIDAZIONE - Nuovi iscritti
(iscritti alla previdenza complementare dopo il 28.4.1993)

MODULO LN-P

La compilazione del presente modulo costituisce autocertificazione da parte dell'iscritto.

Il/la sottoscritto/a:

cognome e nome			
data di nascita	luogo di nascita	provincia	codice fiscale
residenza fiscale	CAP	località	provincia
domicilio (se diverso)	CAP	località	provincia
telefono fisso	telefono cellulare	e-mail	

CHIEDE LA LIQUIDAZIONE DI QUANTO MATURATO NELLA POSIZIONE INDIVIDUALE

avendo maturato il diritto al trattamento di pensione in base alle vigenti norme sull'Assicurazione Generale Obbligatoria.

- 100% in forma di capitale** ⚠️ **Attenzione!** Per la scelta di questa opzione si consiglia di contattare il Fondo. Infatti, se la rendita derivante dalla conversione del 70% dell'intero montante maturato risulta superiore al 50% dell'assegno sociale (di cui all'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 8 agosto 1995, n. 335) si rende obbligatorio richiedere almeno la metà della posizione in forma di trattamento periodico e il rimanente in forma di capitale.
- in forma di capitale nella misura massima erogabile. La quota restante dovrà essere convertita in forma di rendita contestualmente alla presente domanda, oppure in un secondo momento, attraverso la compilazione del Modulo VR allegato.

Coordinate IBAN per il pagamento:

Codice Paese	CIN _{EU}	CIN _{IT}	ABI	CAB	Numero di conto corrente

ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' (Adeguamento alle disposizione della Legge Antiriciclaggio 5 luglio 1991, n. 197)

Tipo di documento: _____ Numero del documento: _____

Ente emittente: _____ Luogo e data di emissione: _____

(allega copia del documento al presente modulo)

allega al presente il **Modulo RE** attestante eventuali periodi di residenza fiscale all'estero

allega al presente il **Modulo CR** per l'ulteriore consenso in caso di invalidità permanente

_____ data

_____ firma



Il/la sottoscritto/a:

cognome e nome			
data di nascita	luogo di nascita	provincia	codice fiscale
residenza fiscale		CAP	provincia

CHIEDE DI CONVERTIRE IN FORMA DI TRATTAMENTO PERIODICO

il % dell'importo maturato nel Fondo

(se la rendita derivante dalla conversione del 70% del montante finale risulta superiore al 50% dell'assegno sociale di cui all'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 8 agosto 1995, n. 335, dovrà essere indicata una percentuale non inferiore al 50%)

con la Compagnia Assicuratrice e la tipologia di erogazione di seguito contrassegnate:

Posizione maturata nel comparto assicurativo - UnipolSai Assicurazioni (Art. 12.2 Regolamento Fontedir)

- Rendita vitalizia annua rivalutabile;
- Rendita annua rivalutabile da corrispondere in modo certo nei primi 5 anni, e successivamente vitalizia;
- Rendita annua rivalutabile da corrispondere in modo certo nei primi 10 anni, e successivamente vitalizia;
- Rendita annua rivalutabile con controassicurazione*;
- Rendita vitalizia con rivalutazione annua, con raddoppio in caso di non autosufficienza;
- Rendita annua rivalutabile reversibile*;
- *Eventuale reversionario designato: nato/a a
- il, nella misura del%
- pagabile in rate annuali semestrali mensili

Posizione maturata in uno o più comparti finanziari - UnipolSai Assicurazioni conv. 2008 (Art. 12.3 Regolamento Fontedir)

- Rendita vitalizia rivalutabile;
- Rendita vitalizia rivalutabile con controassicurazione;
- Rendita vitalizia rivalutabile reversibile;
- *Eventuale reversionario desi_nato: nato/a a
- il, nella misura del%
- pagabile in rate annuali trimestrali mensili

Posizione maturata in uno o più comparti finanziari - Generali Assicurazioni conv. 2008 (Art. 12.3 Regolamento Fontedir)

- Rendita vitalizia annua rivalutabile;
- Rendita annua rivalutabile da corrispondere in modo certo nei primi 5 anni, e successivamente vitalizia;
- Rendita annua rivalutabile da corrispondere in modo certo nei primi 10 anni, e successivamente vitalizia;
- Rendita annua rivalutabile con controassicurazione*;
- Rendita vitalizia con rivalutazione annua, con raddoppio in caso di non autosufficienza;
- Rendita annua rivalutabile reversibile*;
- *Eventuale reversionario designato: nato/a a
- il, nella misura del%
- pagabile in rate annuali semestrali mensili

Coordinate IBAN per il pagamento:

Codice Paese	CIN _{EU}	CIN _{IT}	ABI	CAB	Numero di conto corrente

_____ data

_____ firma