

(aderente)

**RICHIESTA di PRESTAZIONE PENSIONISTICA oppure di RISCATTO**  
**(settore privato)**

Il/La sottoscritto/a .....  
.....  
cognome ..... nome .....  
codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
nato/a a ..... prov. .... CAP ..... Nazione ..... il ...../...../.....  
residente a ..... prov. .... CAP .....  
via ..... n. ....  
tel. .... e-mail.....

**DICHIARA**

- di avere raggiunto in data ...../...../..... il pensionamento, ovvero sia i requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza (allegare copia della comunicazione di liquidazione e decorrenza della pensione da parte dell'ente previdenziale di base o del "Certificato di pensione" o del "Certificato al diritto di pensione" (per es. ECOCERT))
- di avere cessato il rapporto di lavoro presso la Ditta/Ente .....  
in data ...../...../..... per:
  - causa dipendente dalla volontà delle parti (dimissioni, licenziamento, ecc.)
  - causa indipendente dalla volontà delle parti (procedure concorsuali, mobilità, chiusura stabilimento, ecc.)(allegare la documentazione comprovante la cessazione del rapporto di lavoro, per es. lettera di licenziamento)
- di non avere cessato l'attività lavorativa (da barrare in relazione alle richieste di riscatto parziale B.1.3 e di riscatto totale B.2.1)
- di non avere cessato l'attività lavorativa e di aver perso i requisiti di partecipazione al Fondo in data ..... per ..... (da barrare e compilare in relazione alle richieste di riscatto immediato B.3; allegare la documentazione comprovante la perdita dei requisiti di partecipazione)
- di avere cessato l'attività lavorativa (da barrare da parte degli aderenti NON lavoratori dipendenti; allegare la documentazione comprovante la cessazione dell'attività lavorativa)

**CHIEDE**

- (A) **la PRESTAZIONE PENSIONISTICA complementare<sup>1</sup>**, in quanto alla data odierna può far valere almeno 5 anni di partecipazione a forme pensionistiche complementari:
  - (A.1) **al 100% in forma di capitale**
  - (A.2) **al ..... % in forma di capitale e al ..... % in forma di rendita**
  - (A.3) **al 100% in forma di rendita**N.B.: Per individuare la tipologia di rendita più adatta alla propria situazione, si invita a consultare il documento sulle rendite (disponibile anche sul sito web) nonché, per una consulenza personalizzata, a contattare gli uffici del Fondo.  
In caso di richiesta di prestazione in forma di rendita si rende necessario compilare anche l'ulteriore modulistica prevista dalla compagnia di assicurazione convenzionata con il Fondo per l'erogazione delle rendite (allegata in calce al presente modulo), all'interno della quale si indicheranno la tipologia, la periodicità, il tasso tecnico e gli eventuali reversionari della rendita.
- (B) **il RISCATTO:**
  - (B.1) **PARZIALE (fiscaltà agevolata) nella misura del 50% della propria posizione individuale**
    - (B.1.1) in quanto alla cessazione dell'attività lavorativa è seguito un periodo di inoccupazione non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi (allegare l'apposita attestazione del centro per l'impiego)
    - (B.1.2) in quanto la cessazione dell'attività lavorativa è precedente a un periodo di mobilità oppure ha fatto seguito a un periodo di cassa integrazione guadagni (allegare documento comprovante mobilità o cassa integrazione)
    - (B.1.3) per ricorso del proprio datore di lavoro a procedure di cassa integrazione guadagni a ore zero per un periodo di almeno 12 mesi continuativi (allegare documento comprovante il periodo di inizio e di fine della cassa integrazione)

(B.2) **TOTALE<sup>2</sup> della propria posizione individuale per:**

- (B.2.1) invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo (allegare certificazione da parte delle competenti strutture sanitarie pubbliche che comprovi i requisiti richiesti)
- (B.2.2) cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi (allegare l'apposita attestazione del centro per l'impiego)

(B.3) **IMMEDIATO<sup>3</sup> (fiscaltà NON agevolata) per perdita dei requisiti di partecipazione - ai sensi dell'art. 14, comma 5, del D.lgs. 252/05 - in misura del:**

- (B.3.1) 50%
- (B.3.2) 75%
- (B.3.3)<sup>2</sup> 100%

**SCEGLIE la seguente modalità di pagamento:**

- accreditato sul seguente conto corrente:

Codice IBAN<sup>4</sup>:                                                                    
 presso la Banca ..... Agenzia .....

Il sottoscritto è consapevole che, in base alla normativa PSD (Direttiva Europea sui Servizi di Pagamento), l'errata indicazione potrà determinare la mancata o l'inesatta esecuzione del bonifico bancario, senza responsabilità per la banca del beneficiario e il Fondo Pensione, qualora la somma venisse accreditata sul conto corrente di un soggetto diverso dall'effettivo beneficiario.

- assegno circolare non trasferibile

Il sottoscritto ..... esonera il Fondo da ogni responsabilità comunque connessa all'invio dell'assegno circolare non trasferibile mediante il servizio postale e a eventuali cause di opposizione da parte di terzi o connesse alla sottrazione e/o alla perdita del titolo di credito.

Firma (solo per assegno) .....

**inoltre DICHIARA**

- di assumersi piena responsabilità della veridicità e fedeltà dei dati e delle dichiarazioni contenuti nella presente richiesta e di essere consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci o reticenti e di falsità degli atti, comunque accertate, di essere passibile di sanzioni penali ed amministrative, secondo le disposizioni vigenti (D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445);
- di essere dipendente del settore privato;
- di essere in possesso dei requisiti che danno diritto alla presente richiesta;
- di aver letto e compreso le informazioni e le avvertenze nel presente modulo e nel Documento sul regime fiscale (disponibile sul sito web del Fondo);
- di aver comunicato correttamente al Fondo gli importi di tutti i contributi non dedotti fiscalmente versati negli anni di partecipazione allo stesso;
- di aver valutato le alternative alla/al prestazione/riscatto, ossia la facoltà di mantenere la posizione individuale presso il Fondo, anche in assenza di contribuzione, con conseguente variazione della posizione individuale in funzione dei rendimenti conseguiti dal Fondo, ovvero di trasferirla ad altra forma pensionistica complementare;
- di essere consapevole che, nei casi di riscatto, il Fondo tratterà dalla posizione l'importo di euro 12 (dodici) a titolo di spese per l'esercizio di prerogative individuali;

**e ALLEGA**

- copia di documento identificativo in corso di validità e del codice fiscale;
- eventuale documentazione individuata dal presente modulo comprovante il possesso dei necessari requisiti in capo al richiedente;
- liberatoria della finanziaria in caso di vincolo volontario sulla posizione accumulata.

data .....

Firma .....

**N.B.: La presente richiesta deve essere presentata al Fondo in originale oppure tramite PEC oppure tramite l'apposita funzionalità presente nell'Area riservata del sito web del Fondo, pena il respingimento della stessa.**

1 Ai sensi dell'art. 11, c. 3, del D.Lgs. 252/2005, l'aderente ha la facoltà di richiedere la liquidazione della prestazione pensionistica sotto forma di capitale nel limite del 50 per cento della posizione individuale maturata. Qualora l'importo che si ottiene convertendo in rendita vitalizia immediata annua senza reversibilità a favore dell'aderente il 70 per cento della posizione individuale maturata risulti inferiore al 50 per cento dell'assegno sociale di cui all'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 8 agosto 1995, n. 335, l'aderente può optare per la liquidazione in capitale dell'intera posizione maturata.

2 Nel caso in cui la posizione dell'aderente fosse oggetto di omesso/i versamento/i contributivo/i da parte del datore di lavoro insolvente, si evidenzia che, ai sensi della circolare INPS n. 23 del 22 febbraio 2008, l'apposito Fondo di garanzia interviene esclusivamente in relazione alle prestazioni pensionistiche e, pertanto, non interviene a seguito di riscatto della posizione da parte dell'iscritto.

3 Il diritto al riscatto immediato si acquisisce qualora vengano meno i requisiti di partecipazione al Fondo prima del pensionamento. Si precisa che tale diritto sussiste finché l'aderente permane nella situazione di perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo. Conseguentemente, ove l'aderente attivasse un nuovo rapporto di lavoro (rientrando nell'ambito di riferimento del Fondo) perderebbe la facoltà di esercitare il diritto al riscatto.

4 Il codice IBAN (27 caratteri alfanumerici) è formato dal codice nazione (per l'Italia: IT), 2 cifre di controllo, dal CIN (1 lettera), ABI (5 cifre), CAB (5 cifre) ed il numero di conto corrente (12 caratteri, numeri o lettere maiuscole senza spazi, punti o barre).

**ALLEGATO**  
**MODULO DI APERTURA DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA PER OGNI SINGOLO BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA IN FORMA DI RENDITA**

**COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE CONVENZIONATA CON FONDEMAIN PER L'EROGAZIONE DELLE RENDITE:  
 UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A.**

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Sesso (M/F)
Nato a	Prov.	il __/__/____
Residente a	Prov.	Cap
Via	Tel.	
Codice Fiscale	e-mail	
Documento di riconoscimento:		
<input type="checkbox"/> carta d'identità <input type="checkbox"/> patente <input type="checkbox"/> passaporto <input type="checkbox"/> porto d'armi <input type="checkbox"/> tessera ministeriale		
n° _____ rilasciato da _____ luogo e data _____		

Autorizzo l'invio del prospetto di liquidazione all'indirizzo e-mail sopra indicato

In relazione alla scelta effettuata di:  % RENDITA,

**RICHIESTE:**

(In caso di scelta totale o parziale della prestazione in rendita, barrare la RENDITA VITALIZIA RIVALUTABILE scelta)

- 1  RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico

2  RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico certa per 5 anni e successivamente vitalizia *(scegliere se designare un beneficiario)*

3  RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico certa per 10 anni e successivamente vitalizia *(scegliere se designare un beneficiario)*

4  RENDITA vitalizia immediata reversibile a premio unico con uno o più reversionari, con la facoltà dell'aderente di optare per una percentuale di reversibilità  % (compresa tra il tra il 50% e il 100%) *(designare reversionario/i)*

5  RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico con controassicurazione in caso di decesso dell'assicurato e restituzione del capitale residuo

PERIODICITA' DELLA RENDITA

annuale    
  semestrale    
  quadrimestrale    
  trimestrale    
  bimestrale    
  mensile

SCELTA TASSO TECNICO (barrare una sola opzione)

0%     
 1%     
 2%     
 2,5%

**MODALITA' DI PAGAMENTO RATE DI RENDITA**  
**COORDINATE BANCARIE**

Accredito sul c/c _____ presso Banca _____ contraddistinto dalle seguenti coordinate IBAN: codice IBAN _____  Intestato a _____
--

**DATI PERSONALI DEL BENEFICIARIO O REVERSIONARIO**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>		<b>Sesso (M/F)</b>
<b>Nato a</b>		<b>Prov.</b>	il __/__/_____
<b>Residente a</b>		<b>Prov.</b>	<b>Cap</b>
<b>Via</b>		<b>Tel.</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	<b>e-mail</b>		
<b>Documento di riconoscimento:</b>			
<input type="checkbox"/> carta d'identità <input type="checkbox"/> patente <input type="checkbox"/> passaporto <input type="checkbox"/> porto d'armi <input type="checkbox"/> tessera ministeriale			
n° _____ rilasciato da _____ luogo e data _____			
<b>COORDINATE BANCARIE</b>			
Accredito sul c/c _____ presso Banca _____ contraddistinto dalle seguenti coordinate IBAN: codice IBAN _____  Intestato a _____			

**NOTA BENE**

<p>Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto da parte del Fondo pensione il Fascicolo Informativo della Compagnia assicurativa erogatrice della rendita.</p> <p>Il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria esclusiva responsabilità è consapevole 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.</p> <p>Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CUD, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo/Compagnia in convenzione, unitamente alle comunicazioni e ai conteggi di liquidazione della prestazione previdenziale.</p>
--

Firma dell'aderente ..... data.....

Firma del responsabile del Fondo Pensione ..... data.....

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

- ✓ **REVERSIONARI:** in caso di scelta della rendita REVERSIBILE indicare i dati della persona destinataria della rendita reversibile (i reversionari indicati all'atto della presente richiesta non sono successivamente modificabili).
- ✓ **BENEFICIARI:** in caso di scelta delle rendite certa 5 o certa 10 anni indicare i dati della persona destinataria della rendita per il periodo residuo, in caso di decesso del percettore prima dei 5 o 10 anni. Il beneficiario può essere modificato in qualsiasi momento e l'ultima designazione sostituisce tutte le precedenti.  
In caso di rendita vitalizia immediata rivalutabile a premio unico con controassicurazione, il beneficiario può essere modificato dall'assicurato in qualsiasi momento e l'ultima designazione sostituisce tutte le precedenti. Qualora i beneficiari/reversionari fossero più di uno (compilare un modulo per ogni beneficiario), in assenza di quota in percentuale si ripartirà in parti uguali.
- ✓ Allegare copia del documento d'identità e del codice fiscale del percettore, del beneficiario o del reversionario.
- ✓ Data decorrenza rendita è la data in cui è stata richiesta al Fondo l'attivazione di rendita per la determinazione della data effetto erogazione (vedi art.5 pagamento rendita in convenzione).
- ✓ Compilare e firmare il modulo per il trattamento dei dati (privacy).

## INFORMATIVA PER FINALITÀ LIQUIDATIVE SU FORME DI PREVIDENZA

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (in seguito denominato Codice), e in relazione ai dati personali che Lei ci fornisce, La informiamo di quanto segue.

- 1) Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali comuni da Lei forniti ha unicamente lo scopo di consentire alla nostra Società di effettuare pagamenti conseguenti a contratti su fondi pensione. In particolare, il trattamento è relativo alla gestione amministrativa dei dati, comprese le rilevazioni e le registrazioni contabili, nonché all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie, ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da Organi di vigilanza e controllo.
- 2) I dati sono trattati dalla nostra Società, UGF Assicurazioni S.p.A., con sede in Bologna Via Stalingrado, 45, Titolare del trattamento, solo con le modalità e procedure, anche informatiche, necessarie per la finalità indicata e sempre in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati personali.
- 3) I dati personali non saranno trasferiti all'estero o diffusi, se non in adempimento di obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria, ovvero in base a disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da Organi di vigilanza o controllo. Potranno essere comunicati ad altri soggetti (banche ed istituti di credito), che operano come autonomi titolari, per l'effettuazione delle operazioni di pagamento. Potranno inoltre essere comunicati ad ANIA ed alle imprese assicuratrici per finalità di tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi.
- 4) Il conferimento da parte Sua dei dati personali è necessario per effettuare pagamenti conseguenti a contratti su fondi pensione. In caso di Suo rifiuto potremmo non essere in grado di disporre il pagamento.
- 5) La normativa sulla privacy (artt. 7-10 del D.Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso in cui i dati siano trattati in violazione di legge, a chiederne la cancellazione.

Titolare del trattamento è UGF Assicurazioni S.p.A. ([www.ugfassicurazioni.it](http://www.ugfassicurazioni.it)) e UNIPOL Gruppo Finanziario S.p.A ([www.unipol.it](http://www.unipol.it)) entrambe con sede in Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (BO)

Il Responsabile per il riscontro agli interessati è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso UGF Assicurazioni S.p.A. e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. – Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (BO); e-mail: [privacy@ugfassicurazioni.it](mailto:privacy@ugfassicurazioni.it).

Per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco di coloro che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili potrà consultare il sito [www.unipol.it](http://www.unipol.it) o rivolgersi al suddetto Responsabile per il riscontro.

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto da UGF assicurazioni s.p.a. l'informativa privacy, sopra descritta, prevista dall' art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 196/2003) anche in nome e per conto degli altri interessati, di impegnarsi a consegnarne loro una copia e di acconsentire al trattamento nei limiti e per le finalità indicate nell'informativa.

data .....

Firma del richiedente .....