

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

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

CHIEDE

la PRESTAZIONE PENSIONISTICA complementare¹:

di vecchiaia, in quanto in data/...../..... ha maturato i requisiti di accesso alla pensione stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza e alla data odierna può far valere almeno 5 anni di partecipazione al Fondo pensione;

per anzianità, in quanto in data/...../..... ha cessato l'attività lavorativa e:
 • alla data odierna può far valere almeno quindici anni di partecipazione al Fondo pensione;
 • alla data odierna ha un'età di non più di dieci anni inferiore a quella stabilita per il pensionamento di vecchiaia nel regime obbligatorio di appartenenza;

Indicare la causale di cessazione:

- cause dipendenti dalla volontà delle parti (dimissioni, licenziamento, ecc.);
 cause non dipendenti dalla volontà delle parti;

nelle seguenti forma e misura²:

- al 100% in forma di capitale**
 al % in forma di capitale e al % in forma di rendita
 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.

il RISCATTO³ della propria posizione individuale. A tale fine dichiara:

che a far data dal/...../..... ha cessato il proprio rapporto di lavoro presso la/lo Società/Ente:
 con sede in
 prov. via n.

Indicare la causale di cessazione:

- pensionamento
 altre cause dipendenti dalla volontà delle parti (dimissioni, licenziamento, ecc.)
 altre cause non dipendenti dalla volontà delle parti ³

di non avere cessato l'attività lavorativa e di aver perso i requisiti di partecipazione al Fondo in data/...../.....
 per

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

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

NOTA BENE

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto da parte del Fondo pensione il Fascicolo Informativo della Compagnia assicurativa erogatrice della rendita.
 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.
 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.

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) e UNIPOL Gruppo Finanziario S.p.A (www.unipolgr.it) entrambe con sede in Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (BO) www.unipol.it

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.

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 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