

**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, ovverosia 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)
- ☐ in caso di adesione ad altra forma pensionistica complementare in data precedente all'adesione a FONDEMAIN:  
che la data di adesione ad altra forma pensionistica complementare è ...../...../..... e che la relativa posizione non è stata integralmente riscattata, al fine del computo dell'anzianità utile (Risoluzione AdE n. 29/E del 11/04/2025)

**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 (fiscalità 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)

<sup>1</sup> 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.

- e-mail: [info@fondemain.it](mailto:info@fondemain.it)  
PEC: [fondemain@pec.it](mailto:fondemain@pec.it)  
Sito: [www.fondemain.it](http://www.fondemain.it)

- di aver preso visione dell'informativa sulla privacy relativa al servizio di verifica di congruità del codice IBAN;
- di autorizzare l'aggiornamento anagrafico della banca dati del Fondo con i dati sopra riportati;

**e ALLEGA**

- copia di documento identificativo in corso di validità e di un ulteriore documento riportante il codice fiscale (per es. tessera sanitaria);
- suddetta documentazione individuata dal presente modulo comprovante il possesso dei necessari requisiti in capo al richiedente;
- (eventuale) *nel caso in cui l'anzianità sia stata maturata presso altra forma pensionistica complementare, per far valere l'anzianità pregressa*: dichiarazione da parte di quest'ultimo che attesti la data di prima iscrizione e che la posizione è ancora attiva;
- (eventuale) 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.**

**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:  
UNIPOL 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,

**RICHIEDE:**

(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 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**

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