

MODELLO PRESTAZIONE PER PENSIONAMENTO**DATI ADERENTE**

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Data Nascita (____ / ____ / _____)
Luogo di nascita _____ Prov. _____
Comune Residenza _____ Prov. _____
Indirizzo _____ Cap. _____
contatto mail _____ tel. _____

Comunica che ha cessato il rapporto di lavoro in data _____ alle dipendenze della società _____, risultano contributi non dedotti non ancora comunicati (ultimo anno se presenti) pari ad €. _____, l'aliquota di tassazione TFR applicatami è stata del ____, ____ % (solo per i vecchi iscritti)

PRESTAZIONE PRESCELTA

L'aderente raggiunge il **pensionamento** (ovvero raggiunge i requisiti accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza) e pertanto richiede l' **EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA** secondo le modalità di seguito indicate:

VECCHIO ISCRITTO

- 100% in capitale (facoltà concessa solo ai vecchi iscritti)
- 50% capitale / 50% rendita
- capitale % / rendita %

(DICHIARAZIONE SOLO VECCHI ISCRITTI)

Dichiaro inoltre di volermi avvalere dell'esercizio opzione riservata ai **vecchi iscritti** (iscritti ante 1993) art. 11 Dlgs 252/2005 sulle prestazioni maturate dal 01.01.2007, ovvero l'applicazione del regime fiscale più favorevole previsto dalla normativa con la conversione in rendita di almeno il 50% della prestazione maturata dal 01.01.2007. Chiedo inoltre che nel caso in cui, la conversione in rendita del 70% del montante accumulato da tale data, corrisponda ad una rendita vitalizia inferiore alla metà dell'assegno INPS, l'integrale erogazione della prestazione in capitale.

NUOVO ISCRITTO

- 100% in capitale *
- 50% capitale / 50% rendita
- capitale % / rendita % **

* opzione possibile solo nel caso in cui la conversione in rendita del 70% del montante accumulato da tale data, corrisponda ad una rendita vitalizia inferiore alla metà dell'assegno INPS, l'integrale erogazione della prestazione in capitale.

** la quota di capitale non può eccedere il 50% della posizione teorica, tenendo conto anche delle somme già erogate a tale titolo nel tempo.

MODELLO PRESTAZIONE PER PENSIONAMENTO

(COMPILARE SOLO IN CASO DI EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE CON RENDITA)

Nel solo caso di richiesta di erogazione parziale o totale di rendita pensionistica si richiede l'erogazione secondo questi criteri:

Frequenza di erogazione: trimestrale semestrale annuale

Rendita Vitalizia: si

Rendita Reversibile: si Cognome e Nome del reversionario _____ data di nascita _____ allegare copia documento identità. *(deve essere rilasciata apposita autorizzazione ai fini privacy)

CONSENSO PRIVACY *

Preso atto dell'informativa ai sensi del D.Lgs. n.196 del 30/06/2003, recante il codice in materia di protezione dei dati personali ed ai sensi degli articoli 23, 26 e 43 del codice, il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei dati sensibili che lo riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere. Rimane fermo che il consenso è subordinato al rispetto della normativa vigente.

Firma reversionario _____

FORMA PAGAMENTO

Autorizzo il fondo ad effettuare la liquidazione della posizione individuale mediante accredito bancario, sul seguente conto corrente intestato a _____

IBAN _____

indicare codice IBAN (27 CARATTERI)

presso istituto _____

DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità dichiara:

- di avere preso visione del **Regolamento sulle modalità di erogazione delle prestazioni**;
- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta;
- di essere 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;
- di accettare di ricevere il modello CU – Certificazione Unica all'indirizzo di residenza indicato, consapevole che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo entro la scadenza di Legge dell'anno successivo a quello di pagamento e si impegna inoltre a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro quindici giorni dalla scadenza annuale di Legge per la trasmissione . Eventuali variazioni di residenza andranno comunicate al Fondo.

Data (___ / ___ / _____) Firma richiedente _____

Spazio riservato al Fondo Pensione

Il presente modello dovrà essere trasmesso a Funzione Gestione Fondi c/o Sara Assicurazioni Spa Via Po, 20 - Roma 00198 o via mail fondsara@sara.it

Ricevuto il Timbro e Firma