



Fondo Pensione Aperto

Richiesta di riscatto

mod. **RISCFPA**

RICHIESTA DI RISCATTO DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE

Da inviare a:

FONDO PENSIONE APERTO UNIPOLSAI PREVIDENZA FPA

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A. – Vita - Previdenza

Via Stalingrado, 45 - 40128 - Bologna (BO)

Adesione n° _____

L'aderente

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

Indirizzo di residenza

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo _____ Telefono _____

Domicilio (se diverso dall'indirizzo di residenza)

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo _____ Telefono _____

CHIEDE

Il riscatto parziale (nella misura del 50%) della propria posizione individuale a seguito di:

ricorso da parte dell'azienda a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria e straordinaria

Da allegare la seguente documentazione:

- attestazione dello stato occupazionale
- Dati dell'Attività Lavorativa (Allegato A)
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti

cessazione del rapporto di lavoro con disoccupazione non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi

Da allegare la seguente documentazione:

- dichiarazione del datore di lavoro attestante la cessazione del rapporto di lavoro (nel caso di lavoratore dipendente iscritto al Fondo)
- chiusura attività/P.IVA presso CCIAA (nel caso di lavoratore autonomo iscritto al Fondo)
- Dati dell'Attività Lavorativa (Allegato A)
- certificato di iscrizione presso i centri per l'impiego attestante la data di iscrizione alle liste di disoccupazione e la permanenza del relativo *status* o, in alternativa, dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 (Allegato B)
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti

Il riscatto totale della propria posizione individuale a seguito di:

invalidità permanente che abbia comportato la riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo

Da allegare la seguente documentazione:

- attestazione, da parte della competente struttura pubblica, dello stato di invalidità e della relativa percentuale
- Dati dell'Attività Lavorativa (Allegato A)
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti

cessazione del rapporto di lavoro con conseguente inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi

Da allegare la seguente documentazione:

- dichiarazione del datore di lavoro attestante la cessazione del rapporto di lavoro (nel caso di lavoratore dipendente iscritto al Fondo)
- chiusura attività/P.IVA presso CCIAA (nel caso di lavoratore autonomo iscritto al Fondo)
- Dati dell'Attività Lavorativa (Allegato A)
- certificato di iscrizione presso i centri per l'impiego attestante la data di iscrizione alle liste di disoccupazione e la permanenza del relativo *status* o, in alternativa, dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 (Allegato B)
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti

perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo pensione stabiliti dalle fonti che dispongono l'adesione su base collettiva

Da allegare la seguente documentazione:

- Dati dell'Attività Lavorativa (Allegato A)
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti

perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo pensione in caso di adesione su base individuale

Da allegare la seguente documentazione:

- certificato di iscrizione presso i centri per l'impiego attestante la data di iscrizione alle liste di disoccupazione e la permanenza del relativo *status* o, in alternativa, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.445/2000 (Allegato C)
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti

DICHIARA

di aver risolto il rapporto di lavoro con l'Azienda _____

in data ____ / ____ / _____ senza aver maturato il diritto al trattamento di pensione a carico della previdenza obbligatoria.

RICHIESTE CHE IL PAGAMENTO SIA EFFETTUATO

- con Assegno Bancario
- con Bonifico Bancario sul c/c di seguito specificato (possibile solo nel caso in cui l'avente diritto sia intestatario):

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Intestato a _____

Banca _____ filiale di _____

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere a conoscenza dei requisiti previsti dal Regolamento del Fondo Pensione Aperto UNIPOLSAI PREVIDENZA FPA per l'esercizio dell'Opzione prescelta e che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.

- N.B.:**
- si informa che la mancata o parziale consegna della documentazione indicata comporterà la conseguente richiesta da parte di UnipolSai della documentazione mancante necessaria ai fini della verifica dell'obbligo di pagamento della prestazione richiesta;
 - qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzii situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale, la Compagnia richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Luogo e data

Firma

DICHIARAZIONE CONTRIBUTI VERSATI E NON DEDOTTI

Il/la sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

dichiara di **non aver usufruito della deduzione fiscale** relativamente ai seguenti importi:

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Luogo e data

Firma

N.B.:

- 1. la dichiarazione dovrà essere compilata e sottoscritta anche se i contributi versati e non dedotti sono pari a zero;**
- 2. nella dichiarazione dovranno essere inseriti anche i contributi relativi a posizioni maturate presso altre forme di previdenza e trasferite nel presente Fondo Pensione**

Allegato A

DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA (compilazione a cura del datore di lavoro)

Denominazione azienda _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dipendente _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Età pensionabile prevista dal regime obbligatorio di appartenenza dell'Aderente per la pensione di vecchiaia: ____

Data cessazione attività ____/____/____

Vecchi Iscritti (dati necessari fino al 31/12/2000)

Aliquota fiscale per la tassazione del TFR, determinata ai sensi degli artt. 16 e 17 del D.P.R 917/86 _____ %

Eventuali importi versati dall'Aderente eccedenti il 4% della retribuzione _____ €

Nuovi Iscritti (dati necessari fino al 31/12/2000)

Eventuali importi versati dall'Aderente eccedenti il 4% della retribuzione _____ €

Abbattimento base imponibile spettante al Fondo pensione _____ %

Ultimo contributo versato al Fondo

Data ____/____/____ Importo _____ €

IMPORTO ULTIMA CONTRIBUZIONE DOVUTA: è indispensabile segnalare sempre l'importo ultimo contributo versato al Fondo Pensione e la relativa data. Eventuali contributi versati al Fondo pensione successivamente alla richiesta di Liquidazione / Trasferimento per cessazione dell'attività lavorativa non potranno essere accolti e verranno pertanto restituiti.

Luogo e data _____ Timbro e firma del datore di lavoro _____

Compilazione a cura dell'Aderente lavoratore autonomo

Ultimo contributo versato al Fondo

Data ____/____/____ Importo _____ €

Luogo e data _____ Firma _____

Contributi versati nell'ultimo anno non dedotti e non ancora comunicati: _____ €

Allegato B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

attestante la situazione lavorativa

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato a _____ Prov _____ il ____ / ____ / _____

Iscritto al Fondo Pensione UnipolSai Previdenza FPA

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del Codice penale e delle norme speciali in materia, al fine di

	totale, ai sensi dell'art.		
ottenere il riscatto	<input type="checkbox"/> 14, comma 2, let. b) D.Lgs. 252/2005 parziale, ai sensi		della posizione individuale accumulata
	<input type="checkbox"/> dell'art. 14, comma 2, lett.c) D.Lgs. 252/2005		

DICHIARA

di svolgere/aver svolto attività lavorativa a partire dal ____ / ____ / _____

di aver cessato la propria attività lavorativa in data ____ / ____ / _____,

di non aver svolto alcuna attività lavorativa a partire dal ____ / ____ / _____, e fino alla data odierna

Luogo e data

Firma leggibile

Allegato C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

attestante la situazione lavorativa

(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato a _____ Prov _____ il _____ / _____ / _____

Iscritto al Fondo Pensione UnipolSai Previdenza FPA

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del Codice penale e delle norme speciali in materia, al fine di ottenere il riscatto della posizione individuale accumulata, ai sensi dell'art. 14, comma 5, D.Lgs. 252/2005

DICHIARA

- di svolgere/aver svolto attività lavorativa a partire dal _____ / _____ / _____
- di aver cessato la propria attività lavorativa in data _____ / _____ / _____,
- di non aver svolto alcuna attività lavorativa a partire dal _____ / _____ / _____, e fino alla data odierna

Luogo e data

Firma autenticata⁽¹⁾

⁽¹⁾ Ai sensi dell'Art. 21 del D.P.R. n. 445 del 2000, l'autenticazione della firma può essere redatta da un notaio, cancelliere, segretario comunale o altro dipendente incaricato dal Sindaco; in tale ultimo caso, l'autenticazione è redatta di seguito alla sottoscrizione e il pubblico ufficiale, che autentica, attesta che la sottoscrizione è stata apposta in sua presenza, previo accertamento dell'identità del dichiarante, indicando le modalità di identificazione, la data ed il luogo di autenticazione, il proprio nome, cognome e la qualifica rivestita, nonché apponendo la propria firma e il timbro dell'ufficio.

pagina intenzionalmente in bianco



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale Sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione
Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046.

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Modello RISCIFPA – Ed. 03/2018