

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER MOTIVI DIVERSI DAL PENSIONAMENTO

Tutte le richieste, formalmente corrette e complete della documentazione necessaria, pervenute a Prevedi entro il 20 di ciascun mese, verranno liquidate intorno alla metà del secondo mese successivo a quello di ricezione. Le richieste possono essere inviate via posta all'indirizzo indicato in calce al presente modulo, oppure scannerizzate all'indirizzo info@prevedi.it. Non si accettano fotografie/fax.

1. DATI DELL'ADERENTE			CODICE FISCALE
COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>
NATO A (COMUNE/CITTÀ/STATO ESTERO) <input type="text"/>	INDIRIZZO DI RESIDENZA (VIA/PIAZZA) <input type="text"/>	PROV. <input type="text"/>	DATA DI NASCITA (GG MM AAAA) <input type="text"/>
C.A.P. <input type="text"/>	COMUNE/CITTÀ DI RESIDENZA <input type="text"/>	N. CIVICO <input type="text"/>	EDIFICIO <input type="text"/> SCALA <input type="text"/> INTERNO <input type="text"/>
CELLULARE <input type="text"/>	E-MAIL <input type="text"/>	PROV. <input type="text"/>	<input type="text"/>

Indicando l'email nel campo sovrastante, accetto l'invio delle comunicazioni del Fondo in forma elettronica salvo espressa richiesta contraria a info@prevedi.it

2. TIPOLOGIA E MOTIVO DELLA LIQUIDAZIONE	
<p style="text-align: center; font-weight: bold; margin: 0;">TIPOLOGIA DI LIQUIDAZIONE</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;"><u>BARRARE UNA SOLA TRA LE OPZIONI INDICATE:</u> qualora non venga scelta nessuna opzione o vengano scelte più opzioni o l'opzione scelta non sia documentata (ove richiesto), o congruente con le altre informazioni fornite dal richiedente, il Fondo si riserva di applicare d'ufficio l'opzione RISCATTO IMMEDIATO nella misura del 100%</p>	<p style="font-weight: bold; margin: 0;">%</p> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">RICHIESTA</p>
<p style="text-align: center; font-weight: bold; margin: 0;">MOTIVO DELLA LIQUIDAZIONE</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;"><u>BARRARE UNA SOLA TRA LE OPZIONI INDICATE:</u> qualora non venga scelta nessuna opzione o vengano scelte più opzioni o l'opzione scelta non sia documentata (ove richiesto), o congruente con le altre informazioni fornite dal richiedente, il Fondo si riserva di applicare d'ufficio l'opzione VOLONTÀ DELLE PARTI</p>	
<p>A) Riscatto immediato Per perdita dei requisiti di partecipazione al fondo pensione Prevedi (Attenzione: il riscatto al 100% impedisce l'accesso al fondo di garanzia Inps)</p>	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 95% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50%
<p>B) Riscatto parziale per disoccupazione non inferiore ad 1 anno e non superiore a 4 anni (Allegare documentazione probatoria)</p>	<input type="checkbox"/> 50%
<p>C) Riscatto totale per disoccupazione superiore a 4 anni Allegare documentazione probatoria (Attenzione: il riscatto al 100% impedisce l'accesso al fondo di garanzia Inps)</p>	<input type="checkbox"/> 100%
<p>D) Riscatto parziale per accesso a "ammortizzatori sociali" Allegare documentazione probatoria</p>	<input type="checkbox"/> 50%
<p>D) Riscatto totale per invalidità superiore ai 2/3 Allegare documentazione probatoria</p>	<input type="checkbox"/> 100%
<p><input type="checkbox"/> Volontà delle parti (dimissioni, licenziamento, risoluzione consensuale, cambio inquadramento per passaggio a dirigente)</p> <p><input type="checkbox"/> Causa indipendente dalla volontà delle parti (mobilità, fallimento, f.Do esuberi, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Mobilità Legge 223/1991 (Allegare documentazione probatoria. Per ulteriori informazioni circa i casi in cui è possibile chiedere questo tipo di riscatto si vedano le istruzioni allegate al presente modulo)</p> <p><input type="checkbox"/> Cig a zero ore per almeno 12 mesi continuativi (senza cessazione rapporto di lavoro) (Allegare documentazione personale timbrata e firmata dal datore di lavoro, da cui emerge che l'iscritto/a è in cassa integrazione per almeno 12 mesi (vedasi allegato))</p> <p><input type="checkbox"/> invalidità superiore ai 2/3 (Allegare documentazione probatoria INPS o INAIL)</p>	
Contributi non dedotti fiscalmente dal reddito dell'iscritto e non ancora comunicati a Prevedi:	€ <input style="width: 100px;" type="text"/>

3. CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA DELL'ADERENTE

DENOMINAZIONE AZIENDA

TELEFONO/FAX

DATA CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO:

 / /

TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO:

In alternativa alla compilazione del punto 3 del modulo, potrà essere allegata una copia della lettera di licenziamento da parte dell'azienda o, nei casi previsti dal Decreto Min. Lavoro 15/12/2015, copia della relativa certificazione telematica attestante la cessazione del rapporto di lavoro

4. CONTO CORRENTE BANCARIO O POSTALE

CODICE IBAN

CODICE	PAESE	CIN	ABI (5 CIFRE)	CAB (5 CIFRE)	NUMERO CONTO CORRENTE (12 CIFRE)
[] []	[] []	[] []	[] [] [] [] []	[] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

BANCA

INTESTATO A (COGNOME NOME)

NON È POSSIBILE EFFETTUARE BONIFICI SU LIBRETTI POSTALI NON COLLEGATI AD UN CONTO CORRENTE

QUALORA L'INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE SIA DIVERSO DALL'ADERENTE, DOVRÀ ESSERE COMPILATA LA DELEGA ALLEGATA

5. DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE (FRONTE/RETRO).

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modifiche e sotto la propria esclusiva responsabilità, di avere dichiarato il vero e di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per la tipologia di liquidazione prescelta. È consapevole, altresì:

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

Il sottoscritto accetta, inoltre, di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CU, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo entro la scadenza di legge dell'anno successivo a quello di pagamento e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro quindici giorni dalla scadenza annuale di legge per la trasmissione. Si impegna, altresì, a comunicare al Fondo eventuali variazioni di indirizzo al quale spedire il modello CU.

Data compilazione _____ / _____ / _____

Firma dell'aderente  _____

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(da firmare esclusivamente nel caso di riscatto totale per invalidità superiore ai 2/3, di cui al punto 2, lett. E del modulo)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016, Fondo Pensione Prevedi (in seguito Fondo) con sede in Via Nizza, 45 - 00198 Roma, Titolare del trattamento, ad integrazione dell'informativa già conferita, La informa che, il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per la gestione della sua richiesta di liquidazione della posizione individuale; il conferimento dei dati è necessario per perseguire le finalità menzionate. Il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali. La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto al fondo e la conseguente determinazione del rapporto associativo, nonché gli obblighi di legge. I suoi dati personali saranno trattati per la durata del rapporto associativo e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa contabile e fiscale; tali dati saranno inoltre conservati nei limiti dei tempi prescrizione previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto associativo instaurato con il fondo. Desideriamo inoltre informarla che in occasione delle operazioni di trattamento dei Dati il Titolare potrebbe venire a conoscenza anche di Dati che la Legge definisce particolari (p.e. lo stato di salute). Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza. I suoi dati personali, che non saranno diffusi, potranno essere comunicati ai soggetti deputati alla gestione dei contributi previdenziali complementari e all'erogazione delle prestazioni pensionistiche complementari, a terzi per la fornitura di servizi informatici e di archiviazione e a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria. Per ottenere informazioni sull'eventuale trasferimento dei suoi dati fuori dall'unione europea, potrà inviare una e-mail all'indirizzo dpo_fondoprevedi@protectiontrade.it.

Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato al seguente indirizzo mail dpo_fondoprevedi@protectiontrade.it.

La informiamo infine che potrà esercitare i suoi diritti in qualità di interessato scrivendo una mail a dpo_fondoprevedi@protectiontrade.it.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'articolo 6 del Regolamento 679/2016 conferisco il consenso al trattamento dei dati personali particolari per la gestione della mia richiesta di liquidazione della posizione.

_____ li _____ / _____ / _____

Firma  _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

TERMINI E MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLA LIQUIDAZIONE PER MOTIVI DIVERSI DAL PENSIONAMENTO

Il riscatto della posizione individuale maturata presso Prevedi può essere richiesto, con questo modulo, solo per motivi diversi dal pensionamento. Le tipologie di liquidazione interessate dal presente modulo e i relativi motivi di liquidazione diversi dal pensionamento sono indicati nei punti A), B), C), D) ed E) del modulo di richiesta.

1. DATI DELL'ADERENTE

(COMPILAZIONE OBBLIGATORIA A CURA DELL'ADERENTE)

Nella sezione iniziale devono essere riportati i dati anagrafici dell'aderente. In caso di decesso dell'iscritto va compilato l'apposito modulo, diverso da questo, disponibile nella sezione modulistica del sito web www.prevedi.it (si ricorda che in caso di decesso dell'aderente devono presentare domanda di riscatto totale i beneficiari previsti dalla normativa sui fondi pensione).

3. TIPOLOGIA E MOTIVO DELLA LIQUIDAZIONE

(COMPILAZIONE OBBLIGATORIA A CURA DELL'ADERENTE)

Nota Bene: Le opzioni indicate nel modulo sono tra loro alternative, quindi occorre barrare UNA SOLA OPZIONE tra quelle richieste. La tipologia e la motivazione della liquidazione devono essere scelte dal richiedente apponendo una sola x per la tipologia e una sola x per la motivazione: la scelta della tipologia e della motivazione di liquidazione determina la misura della tassazione (trattenuta fiscale) che il Fondo Pensione deve applicare, ai sensi delle disposizioni vigenti, sull'importo da liquidare.

Per avere maggiori dettagli sulla fiscalità applicabile alle erogazioni del fondo pensione si veda il Documento sul Regime Fiscale disponibile nella sezione documentazione del sito internet del Fondo www.prevedi.it. Si ricorda che il cambiamento dell'attività lavorativa assume rilevanza nel solo caso di passaggio a settore diverso da quelli previsti per l'iscrizione al Fondo Pensione. La cessazione del rapporto di lavoro per volontà delle parti può individuarsi, oltre che nei casi indicati, in tutti i casi di interruzione volontaria. La cessazione del rapporto di lavoro per causa indipendente dalla volontà delle parti può invece individuarsi, oltre che nei casi indicati, nella sopravvenuta inabilità totale al lavoro, nel caso in cui l'azienda applichi un CCNL diverso da quelli previsti per l'iscrizione al Fondo Pensione.

A) RISCATTO IMMEDIATO

può essere richiesto quando vengano meno i requisiti di partecipazione al Fondo per cause diverse dal pensionamento e dai casi B), C), D) ed E) sotto esposti. Si tratta, ad esempio, dei casi di cessazione dell'attività lavorativa per dimissioni del lavoratore, o per risoluzione consensuale del rapporto di lavoro, o per disoccupazione di durata inferiore ad 1 anno. **NOTA BENE:** In caso di riscatto immediato viene liquidata all'aderente l'intera posizione maturata, applicando un regime fiscale meno favorevole rispetto ai casi di cui alle successive lettere B), C), D) ed E). Si sottolinea, inoltre, che **riscattando il 100% della posizione non si potrà accedere al Fondo di Garanzia INPS: si ricorda che il Fondo di Garanzia dell'INPS opera (in mancanza di riscatto totale), in caso di dissesto finanziario del datore di lavoro (per fallimento, concordato preventivo, liquidazione coatta amministrativa, amministrazione straordinaria), che abbia comportato il mancato versamento al Fondo Pensione di contribuzioni di fonte TFR, di fonte azienda o a carico dello stesso lavoratore.**

B) RISCATTO PARZIALE "PER MEDIA DISOCCUPAZIONE"

può essere richiesto, nella misura del 50% della posizione individuale maturata nei casi di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 12 mesi e inferiore a 48 mesi, allegando documentazione probatoria (come il Percorso Storico Lavoratore C2).

C) RISCATTO TOTALE "PER LUNGA DISOCCUPAZIONE"

può essere richiesto nei casi di cessazione dell'attività lavorativa per un periodo di tempo superiore a 48 mesi, allegando documentazione probatoria (come il Percorso Storico Lavoratore C2)

D) RISCATTO PARZIALE "PER ACCESSO AGLI AMMORTIZZATORI SOCIALI"

può essere richiesto il 50% della posizione individuale maturata in caso di ricorso da parte del datore di lavoro a CIG per almeno 12 mesi continuativi a zero ore (senza cessazione del rapporto di lavoro), procedure di mobilità, di esodo incentivato ex lege 92/2012, nonché nel caso in cui la cessazione del rapporto di lavoro sia preceduta da un periodo di Cassa Integrazione Guadagni (indipendentemente dalla durata della medesima),

E) RISCATTO TOTALE PER INVALIDITÀ SUPERIORE AI 2/3

può essere richiesto per i casi di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di 1/3.

2. CONTRIBUTI NON DEDOTTI - (ULTIMO ANNO)

Entro il 31/12 dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento contributivo, è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono, eventualmente, stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi. Qualora l'aderente chieda la liquidazione al Fondo Pensione prima del 31 dicembre, la comunicazione dei contributi non dedotti deve essere effettuata contestualmente alla richiesta di liquidazione, indicando l'ammontare dei contributi non dedotti versati al Fondo Pensione nell'ultimo anno e/o frazione d'anno che **non siano già stati comunicati in precedenza**. *Eventuali contributi non dedotti relativi agli anni precedenti - ove non ancora comunicati alla forma pensionistica - devono essere comunicati separatamente e prima di richiedere la liquidazione.*

3. CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA DELL'ADERENTE

(COMPILAZIONE E SOTTOSCRIZIONE A CURA DEL DATORE DI LAVORO)

Denominazione azienda: ragione sociale dell'ultima azienda in cui il richiedente ha lavorato e che ha versato contributi al Fondo Prevedi

Data cessazione - è la data in cui cessa l'attività lavorativa richiesta per la partecipazione al Fondo.

N.B. L'ISCRITTO IN ALTERNATIVA, POTRÀ ALLEGARE UNA COPIA DELLA LETTERA DI LICENZIAMENTO DA PARTE DELL'AZIENDA O, NEI CASI PREVISTI DAL DECRETO MIN. LAVORO 15/12/2015, COPIA DELLA RELATIVA CERTIFICAZIONE TELEMATICA ATTESTANTE LA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO.

4. DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Oltre alla copia di un documento di identità, andrà allegata la copia di un documento rilasciato dalla banca/posta, nel quale sia riportato: il codice Iban, il nominativo e la residenza dell'intestatario del conto corrente (ad esempio, la prima pagina dell'e/c). Qualora l'intestatario sia diverso dall'iscritto richiedente, andrà compilata apposita delega.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ART.4 E 46 D.P.R. 445 DEL 28/12/2000)
NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE

Modulo da allegare soltanto in caso di richiesta di riscatto parziale per cassa integrazione a zero ore per almeno 12 mesi continuativi


OGGETTO: Dichiarazione possesso dei requisiti per la richiesta di liquidazione parziale (50%) per ammissione a trattamento salariale integrativo Sig./Sig.ra (Nome/Cognome)

Attraverso la presente, la ditta _____
Codice Fiscale/partita IVA _____
sede legale in _____

DICHIARA

1. Che è stato richiesto, a far data dal _____, un intervento di cassa integrazione _____ (ordinaria, straordinaria, in deroga) per un periodo di mesi _____ (indicare il numero, comunque non inferiore a 12 mesi);
2. Che il dipendente in oggetto, _____ (indicare nome, cognome e codice fiscale del lavoratore, già indicato nell'oggetto della presente dichiarazione), rientra tra i lavoratori interessati da tale sospensione lavorativa dal _____ (indicare data di inizio del periodo di CIG per il dipendente in questione) per almeno 12 MESI A ZERO ORE CONTINUATIVI, e che - alla data di firma del presente modulo - il lavoratore non ha ancora ripreso la normale attività lavorativa.

Si rilascia la presente dichiarazione per espressa richiesta dell'interessato.

Timbro e firma della ditta:  _____

Luogo _____

Data ____/____/____

DELEGA ALL'INCASSO DI SOMME LIQUIDATE DAL FONDO PENSIONE PREVEDI

Qualora l'iscritto al Fondo Prevedi richiedente una liquidazione totale o parziale della propria posizione individuale ivi maturata, non disponga di un c/c a sé intestato, il Fondo medesimo permette di ricevere tale liquidazione sul c/c di un altro soggetto: a tal fine l'iscritto dovrà compilare la presente delega all'incasso, tramite la quale si autorizza un soggetto differente dal titolare della posizione previdenziale all'incasso delle somme che verranno liquidate dal Fondo Pensione.

Affinché la presente delega all'incasso sia valida è necessario che sia sottoscritta sia dal delegante che dal delegato e che sia corredata di copia del documento di identità di entrambi: in mancanza non si potrà procedere alla liquidazione richiesta dall'iscritto.

Il/La sottoscritto/a _____¹, nato a _____,
il ____/____/____ e residente in _____ (____)
via/piazza/v.le _____, cap. _____,
Codice _____, titolare di una posizione di previdenza complementare
presso il Fondo Prevedi, con sede in via Nizza 45, Roma, dichiara di non essere titolare di un conto corrente a sé intestato e
pertanto, con la presente:

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____² a incassare, per suo conto e sua vece, la prestazione
richiesta al Fondo Prevedi sul conto corrente allo/a stesso/a intestato, di cui al documento allegato alla presente*.

Codice IBAN - - - -
COMPIILARE INTEGRALMENTE

Con la presente il/la sottoscritto/a delegante solleva il Fondo Prevedi da qualsivoglia responsabilità che possa discendere, direttamente o indirettamente, dall'accredito della liquidazione sul conto corrente, sopra indicato, intestato a un soggetto diverso dal delegante/titolare della posizione individuale maturata presso il Fondo medesimo e si impegna a null'altro pretendere, in merito, dal Fondo Prevedi.

Alla presente delega si allegano copie dei documenti che attestano l'identità del delegante e del delegato.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma dell'iscritto delegante: _____

Firma del delegato: _____

1 Indicare il cognome e nome dell'iscritto al Fondo Pensione che richiede la liquidazione (delegante).

2 Indicare il cognome e nome della persona delega a ricevere sul proprio conto corrente l'accredito delle somme liquidate dal Fondo Pensione (delegato all'incasso).