



FONDO PENSIONE APERTO
CATTOLICA
GESTIONE PREVIDENZA

iscritta all'albo dei fondi pensione al n. 25

DOMANDA DI RISCATTO

1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ____ / ____ / ____
Comune di nascita: _____ Prov: () Tel.: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: ()

2. OPZIONI (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

A) RISCATTO parziale nella misura del **50,00%** per (barrare una sola casella):

- A.1 Cessazione dell'attività lavorativa con **disoccupazione non inferiore ad 1 anno e non superiore a 4 anni**
 A.2 Ricorso da parte dell'azienda a **procedure di mobilità**, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria (solo lavoratori dipendenti)

B) RISCATTO totale per (barrare una sola casella):

- B.1 Cessazione dell'attività lavorativa con **disoccupazione** superiore a 4 anni
 B.2 **Invalidità** permanente che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo
 B.3 **Decesso** dell'Aderente
 B.4 Cessazione dei requisiti di partecipazione

3. ALTRE INFORMAZIONI (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Informazioni circa le cause di **cessazione dell'attività lavorativa**:

- Causa indipendente dalla volontà delle parti** (mobilità, fallimento, fondo esuberi, cassa integrazione guadagni, ...)
 Decesso dell'aderente

Data 1^a iscrizione a forme pensionistiche complementari: ____ / ____ / ____ Contributi non dedotti non ancora comunicati (ultimo anno): €

4. COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente)

IBAN _____

Intestato a: _____ Banca e Filiale: _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' 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. Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CUD, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo unitamente ai conteggi di liquidazione della posizione previdenziale e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro un mese dalla data di accredito dell'importo erogato.

Data Compilazione: / /

Firma: _____

5. DATI RELATIVI ALL'ATTIVITA' LAVORATIVA (solo adesioni con conferimento di TFR; compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

Denominazione e codice datore di lavoro: _____
Data cessazione rapporto lavoro: ____ / ____ / ____ Aliquota T.F.R. (solo "vecchi iscritti"): _____ %
Importo ultimo contributo dovuto al Fondo: € _____ In data (versato o da versare): ____ / ____ / ____
Quota esente fino al 31/12/2000 € _____ Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000 € _____

Timbro e firma del datore di lavoro: _____

NOTA BENE: in caso di incompleta compilazione del presente modulo o di mancata sottoscrizione di esso non sarà possibile dar seguito alla domanda.

ISTRUZIONI PER L'INVIO DEL MODULO AL FONDO

Il modulo - compilato e sottoscritto - e la relativa documentazione vanno trasmessi a mezzo posta a: FPA CATTOLICA GESTIONE PREVIDENZA - c/o GENERALI ITALIA S.P.A. - LUNGADIGE CANGRANDE 16 - 37126 VERONA.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Nella sezione iniziale devono essere riportati i dati anagrafici dell'aderente, anche nel caso venga richiesto il riscatto per decesso del medesimo. In quest'ultimo caso, il presente modulo deve essere sottoscritto da uno degli aventi diritto al riscatto ed inoltrato al Fondo unitamente alla dichiarazione allegata, sottoscritta in originale, riportante i dati anagrafici completi del/i richiedente/i e le coordinate bancarie per effettuare il bonifico per il pagamento. In caso di decesso dell'aderente, presentano domanda di riscatto gli eredi legittimi ovvero i diversi beneficiari (persone fisiche o giuridiche) designati dall'aderente.

2. OPZIONE PRESCELTA (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari; scegliere una sola opzione)

- A) RISCATTO parziale:** può essere richiesto, nella misura del 50% della posizione individuale maturata, in caso di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi, ovvero in caso di ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria.
- B) RISCATTO totale:** può essere richiesto in caso di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di 1/3 o a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi. In caso di cessazione dei requisiti di partecipazione (inoccupazione che perduri all'atto della domanda) è previsto il riscatto totale della posizione a condizione che l'aderente sia stato in possesso dello status di lavoratore al momento dell'adesione o in un momento successivo nel corso del rapporto di partecipazione. In caso di decesso dell'iscritto, la posizione è riscattata dagli eredi o dai diversi beneficiari designati dall'iscritto stesso; gli eredi o i beneficiari compilano e sottoscrivono anche il modulo "Dati personali dei beneficiari".

Attenzione: informazioni sul trattamento fiscale applicato sono contenute nel "Documento sul regime fiscale", che è disponibile sul sito del Fondo (www.cattolicaprevidenza.it) e a cui si rimanda.

3. ALTRE INFORMAZIONI (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari; indicare una sola opzione)

Questa sezione non deve essere compilata qualora l'aderente richieda, in costanza del rapporto di lavoro, il riscatto totale a causa di Invalidità permanente che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo.

MOTIVI DELLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

Ai fini della corretta applicazione del regime fiscale, va precisato sempre il motivo della cessazione del rapporto di lavoro.

Data Iscrizione - Va indicata la data in cui l'aderente si è iscritto per la prima volta ad una forma pensionistica complementare.

Contributi non dedotti - Per la parte dei contributi versati che non hanno fruito della deduzione, l'aderente comunica al Fondo, entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, ovvero, se antecedente, alla data in cui sorge il diritto alla prestazione, l'importo non dedotto o che non sarà dedotto nella dichiarazione dei redditi.

4. COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto presso cui deve essere effettuato il bonifico. In caso di decesso dell'aderente, i beneficiari devono comunicare le loro coordinate bancarie nel modulo riservato ai beneficiari stessi.

5. DATI RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO (compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

Denominazione e codice azienda datore di lavoro - Indicare la denominazione del datore di lavoro e il codice azienda assegnato dal Fondo.

Data cessazione - Indicare la data di risoluzione del rapporto di lavoro.

Aliquota TFR - Da indicare esclusivamente per i "vecchi iscritti". Con aliquota TFR si intende l'aliquota IRPEF calcolata dal datore di lavoro al momento della cessazione del rapporto di lavoro per la tassazione del Trattamento di Fine Rapporto.

Ultimo contributo - E' indispensabile segnalare sempre l'importo dell'ultimo versamento (inteso come somma dei contributi azienda, dipendente e TFR) dovuto al Fondo e la relativa data in cui è stato/sarà versato.

Quota esente (su quanto maturato entro il 31/12/2000) - Indicare l'ammontare totale dei contributi versati al Fondo dall'aderente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. Qualora l'importo della quota esente fosse uguale ai contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000 indicare "100%". Qualora la quota esente non venga comunicata, il Fondo Pensione considererà esenti tutti i contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000.

Abbattimento base imponibile (su quanto maturato entro il 31/12/2000) - Si determina nella misura di € 309,87 per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla percentuale di TFR versato. Da indicare esclusivamente per i "nuovi iscritti", con versamenti precedenti al 1° gennaio 2001.

