

ISTRUZIONI PER L'INVIO DEL MODULO AL FONDO

Il modulo - compilato e sottoscritto - e la relativa documentazione vanno trasmessi a mezzo posta a: CATTOLICA ASSICURAZIONI - FPA CATTOLICA GESTIONE PREVIDENZA - LUNGADIGE CANGRANDE 16 - 37126 VERONA. Si consiglia, comunque, di anticiparli a mezzo fax al n. 045/8372317.

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) EROGAZIONE PRESTAZIONE PENSIONISTICA - Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, con almeno 5 anni di partecipazione a Forme Pensionistiche Complementari. Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce anche in caso di disoccupazione superiore a 4 anni o in caso di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo, con un anticipo massimo di 5 anni rispetto ai requisiti per l'accesso alle prestazioni nel regime obbligatorio di appartenenza. Le prestazioni pensionistiche possono essere erogate in capitale, secondo il valore attuale, fino ad un massimo del 50%; la parte residua deve essere erogata in forma di rendita. Qualora parte della prestazione debba essere erogata in forma di rendita, devono essere fornite le ulteriori informazioni e documentazione.

NOTA BENE Nel caso in cui la rendita derivante dalla conversione di almeno il 70% del montante finale sia inferiore al 50% dell'assegno sociale, l'iscritto può optare per l'erogazione in forma di capitale dell'intera prestazione. I "vecchi iscritti" possono richiedere l'erogazione al 100% in forma capitale.

Si segnala che, per i "vecchi iscritti" che optino per l'erogazione del 100% in forma di capitale, è applicato il regime introdotto dal D.Lgs. 252/2005. In base a tale regime, il montante maturato fino al 31/12/2006 viene comunque erogato in forma di capitale, mentre quello maturato dal 2007 viene erogato in tale forma solo se la rendita che corrisponde al 70% di tale montante non è superiore al 50% dell'assegno sociale. Nel caso in cui non si verifichi tale ultima condizione, il Fondo informerà l'iscritto, che potrà scegliere tra l'erogazione in forma di rendita di almeno il 50% del montante maturato dal 2007 e l'erogazione al 100% in forma di capitale (applicandosi, in tale caso, il regime fiscale meno favorevole in vigore fino al 31 dicembre 2006).

B) 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.

C) 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; tale facoltà non può essere esercitata nel quinquennio precedente la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche complementari (in tal caso va richiesta la prestazione pensionistica). 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".

D) RISCATTO per perdita dei requisiti di partecipazione: può essere richiesto qualora vengano meno i requisiti di partecipazione al Fondo stabiliti dalle fonti che dispongono l'adesione su base collettiva.

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. Se la cessazione è avvenuta per pensionamento o decesso dell'aderente, barrare la corrispondente casella; altrimenti, barrare una delle due caselle successive, in base alle fattispecie indicate.

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.

DATI PERSONALI DEI BENEFICIARI**EREDE RICHIEDENTE**

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Codice Fiscale:	<input type="text"/>	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: / /
Comune di nascita:	<input type="text"/>	Prov: ()	Tel.: <input type="text"/>
Indirizzo di residenza:	<input type="text"/>	CAP:	e-mail: <input type="text"/>
Comune di residenza:	<input type="text"/>	Provincia: ()	
Status:	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Altro Erede (specificare):.....		

COORDINATE BANCARIE

IBAN	<input type="text"/>
Intestato a:	Banca e Filiale: <input type="text"/>

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

- quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.
 - non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulla presente scheda.
- 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.

Firma: **ALTRI BENEFICIARI O RICHIEDENTI**

<input type="checkbox"/> Persona fisica	<input type="checkbox"/> Persona giuridica	<input type="checkbox"/> Ditta individuale	Persona politicamente esposta	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Percentuale del capitale%
Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>		
Codice Fiscale:	<input type="text"/>	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: / /		
Comune di nascita:	<input type="text"/>	Provincia: ()	Telefono: <input type="text"/>		
Indirizzo di residenza:	<input type="text"/>	CAP: <input type="text"/>			
Comune di residenza:	<input type="text"/>	Provincia: ()			
Status:	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Altro Erede (specificare):..... <input type="checkbox"/> Beneficiario designato dall'aderente				

COORDINATE BANCARIE

IBAN	<input type="text"/>
Intestato a:	Banca e Filiale: <input type="text"/>

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

- quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.
 - non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulla presente scheda.
- 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.

Firma: **ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

- **Eredi.** Compilare questa sezione nel caso in cui il riscatto sia richiesto dagli eredi. Vanno riportati i dati relativi all'erede che sottoscrive la domanda.
- **Altri beneficiari.** Compilare questa sezione per indicare l'eventuale secondo erede. La sezione va utilizzata anche per il caso in cui il riscatto sia richiesto dal soggetto designato quale beneficiario dall'iscritto; se si tratta di soggetto diverso da persona fisica, indicarne la denominazione, la partita iva/codice fiscale, la sede e i riferimenti per eventuali contatti.
- **Documentazione da produrre:** è sempre necessario produrre il certificato di morte. Quando beneficiari sono il coniuge, o i figli o i genitori, è necessario produrre certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela con l'aderente deceduto. Il beneficiario prescelto dall'aderente deve invece produrre la documentazione idonea a comprovare la propria designazione, ove la stessa non sia già in possesso del Fondo. In tutti i casi in cui beneficiario sia un minore, è necessario produrre copia del provvedimento giudiziale del giudice tutelare che autorizza il riscatto della posizione individuale dell'aderente.
- Qualora i beneficiari o richiedenti fossero più di due, compilare più schede

Data Compilazione: / /