



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 Posizione individuale non superiore ad una mensilità dell'assegno sociale (Legge 335 del 08/08/1995)

C) RISCATTO "immediato" (per perdita dei requisiti di partecipazione)

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

A) L'aderente ha cessato l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo per:

Volontà delle parti (dimissioni, licenziamento, risoluzione consensuale, cambio inquadramento per passaggio a dirigente,...)

Causa indipendente dalla volontà delle parti (mobilità, fallimento, fondo esuberi, cassa integrazione guadagni, ...)

B) Decesso dell'aderente

Data 1ª 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. 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. 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 (in caso di pagamento tramite bonifico) o di ricezione dell'assegno.

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 Azienda e codice/matricola aziendale del lavoratore dipendente: _____

Età pensionabile stabilita nel regime obbligatorio di appartenenza dell'aderente: _____

Data cessazione attività: ___ / ___ / ___ 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 _____ €

Presenza di quote TFR da conferire al Fondo ex D.Lgs.252/2005 a luglio 2007 relativamente ai primi sei mesi del 2007: **SI** **NO**

Timbro e firma del datore di lavoro: _____

NOTA BENE: in caso di incompleta compilazione del presente modulo o di mancata sottoscrizione dello stesso, 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:
FONDO PENSIONE APERTO RISPARMIO & 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. Nel caso in cui il valore della posizione individuale maturata non sia superiore all'importo di una mensilità dell'assegno sociale di cui all'art. 3 comma 6 della Legge n. 335/1995, l'Aderente ha la facoltà di richiedere il riscatto dell'intera posizione. 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".

C) RISCATTO per cause diverse: può essere richiesto per cause diverse dai casi sopra esposti e SOLO SE previsto dallo Statuto/Regolamento. Si tratta p.e. dei casi di cessazione dell'attività lavorativa con disoccupazione inferiore ad 1 anno, ovvero di cessazione dell'attività lavorativa con una permanenza nelle forme pensionistiche complementari per meno di 5 anni. **NOTA BENE:** *In caso di riscatto per cause diverse viene liquidata all'aderente l'intera pos.ne, applicando un regime fiscale meno favorevole rispetto ai casi precedenti.*

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.

A) CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA - 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. In caso di anticipata risoluzione del rapporto di lavoro, bisogna precisare sempre il motivo della cessazione (influisce sul regime fiscale applicabile). 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 passi ad un settore diverso da quelli previsti per l'iscrizione al Fondo Pensione o in altri casi di interruzione involontaria.

B) DECESSO - Il decesso dell'aderente va segnalato dagli eredi ovvero dai beneficiari

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 il datore di lavoro ed il n.ro identificativo/matricola aziendale del dipendente.

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

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.

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 L.600.000 (€ 309,87) per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla percentuale di TFR versato. Da indicare esclusivamente per i "nuovi iscritti".

Si precisa inoltre che il Fondo non può riconoscere in sede di liquidazione la franchigia di € 309,87 (o la parte di essa spettante) per quelle quote di TFR con competenza relativa all'annualità 2000, ma il cui versamento effettivo al Fondo sia avvenuto successivamente al 01/01/2001; in questo caso l'abbattimento può essere integralmente riconosciuto dal datore di lavoro, ferma restando la necessità di segnalare l'eventuale quota residua che il Fondo può riconoscere. **NOTA BENE:** *l'abbattimento/riduzione va ripartito, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il Fondo Pensione, e la coerenza tra l'abbattimento applicato dall'azienda con quello applicato dal Fondo (su segnalazione dell'azienda) è verificata dall'Agenzia delle Entrate sulle rispettive dichiarazioni 770. La comunicazione da parte del datore di lavoro del relativo importo è necessaria per consentire al Fondo Pensione il calcolo corretto della base imponibile: qualora non venga comunicato, il Fondo Pensione non riconoscerà alcun abbattimento all'aderente.*

Ultimo contributo - E' indispensabile segnalare sempre l'importo dell'ultimo versamento (inteso come somma dei contributi azienda, dipendente e TFR) dovuto al Fondo Pensione e la relativa data in cui è stato/sarà versato. **NOTA BENE:** *si segnala che, relativamente ai primi 6 mesi del 2007, è necessario segnalare i casi in cui il Fondo riceverà quote di TFR relative al 2007 ex D.Lgs. 252/2005 (riforma previdenza complementare) da versare al Fondo da luglio 2007. Versamenti TFR del 2007 non segnalati su qs. modulo verranno restituiti dal Fondo all'azienda.*

