

DOMANDA DI RISCATTO**ADESIONE ALLA FORMA INDIVIDUALE
(ANCHE CON CONFERIMENTO DI TFR)****1. DATI DELL'ADERENTE** (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

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: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Comune di nascita:	<input type="text"/>	Prov: (<input type="text"/>)	Tel.: <input type="text"/>
Indirizzo di residenza:	<input type="text"/>	CAP: <input type="text"/>	e-mail: <input type="text"/>
Comune di residenza:	<input type="text"/>	Provincia: (<input type="text"/>)	

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

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:	<input type="text"/>	
Data cessazione rapporto lavoro:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Aliquota T.F.R. (solo "vecchi iscritti"): <input type="text"/> %
Importo ultimo contributo dovuto al Fondo:	€ <input type="text"/>	In data (versato o da versare): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Quota esente fino al 31/12/2000	€ <input type="text"/>	Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000 € <input type="text"/>

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.**Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.**

Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona - Italia - Pec cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 045 8 391 111 - Fax +39 045 8 391 112
 Cap. Soc. Euro 685.043.940,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - P. IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Rappresentante del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923.
www.cattolica.it

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 SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE S.P.A. - 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) 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.

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:

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:

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: / /