

RICHIESTA DI EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____ Sesso M F
Nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/_____
residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____
Via _____ n° _____ Tel. _____
Documento di riconoscimento _____ n° _____ Rilasciato il ____/____/_____
da _____ E-mail _____

contributi non dedotti ultimo anno (*compilare solo se non si è già provveduto*) € _____, ____ a seguito della risoluzione del rapporto di lavoro in data ____/____/_____, avendo maturato il diritto alla prestazione pensionistica complementare ai sensi dello Statuto del Fondo ed avendo preso visione del Documento sulle Rendite e delle Convenzioni in essere con le compagnie assicurative e relativi allegati

CHIEDE L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA

- 50% in CAPITALE - 50% in RENDITA
% (*massimo 50%*) in CAPITALE - % in RENDITA
 100% in CAPITALE (*solo se l'importo delle rendite vitalizia senza reversibilità derivante dalla conversione del 70% del montante finale risulta inferiore al 50% dell'assegno sociale*)
 100% in CAPITALE (*solo se il lavoratore è iscritto alla previdenza complementare prima del 28/04/1993*)

SCELTA DELLA TIPOLOGIA DI RENDITA

Avendo optato per l'erogazione totale o parziale di una rendita pensionistica, il sottoscritto dichiara di scegliere una delle seguenti tipologie:

- RENDITA IMMEDIATA RIVALUTABILE NON REVERSIBILE
 RENDITA IMMEDIATA RIVALUTABILE REVERSIBILE (*compilare anche la sezione relativa alla designazione del/i beneficiario/i reversionario/i e allegare copia del documento di identità dei beneficiari designati*)
 RENDITA IMMEDIATA CERTA PER 5 ANNI E POI VITALIZIA RIVALUTABILE
 RENDITA IMMEDIATA CERTA PER 10 ANNI E POI VITALIZIA RIVALUTABILE
 RENDITA IMMEDIATA CONTROASSICURATA (*compilare anche la sezione relativa alla designazione del/i beneficiario/i reversionario/i e allegare copia del documento di identità dei beneficiari designati*)

In aggiunta alla tipologia di rendita scelta, il sottoscritto può optare anche per la seguente possibilità che prevede il pagamento di una rendita aggiuntiva in caso di sopravvenuta perdita delle condizioni di autosufficienza nel corso del periodo di percezione della prestazione pensionistica complementare (*barrare solo nel caso si intenda effettuare la scelta indicata*)

- RENDITA DI NON AUTOSUFFICIENZA (LTC) A VITA INTERA

SCELTA DELLA PERIODICITA' DI PERCEZIONE DELLE RATE DI RENDITA

Il sottoscritto sceglie, inoltre, di percepire le rate di rendita, in via posticipata, con frequenza:

- MENSILE BIMESTRALE TRIMESTRALE QUADRIMESTRALE SEMESTRALE ANNUALE

SCELTA DEL TASSO TECNICO

- 0% 1% 2% 2,5%

SCelta DEI BENEFICIARI - REVERSIONARI (da compilare **solo** in caso di scelta di rendita reversibile o rendita controassicurata, allegando copia del documento di identità nonché il modulo di informativa contrattuale sulla Privacy)

Il sottoscritto può designare un unico o più beneficiario/i della propria rendita:

PRIMO BENEFICIARIO

Percentuale di reversibilità ____%

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
C.F. _____ nato/a a _____ : _____ prov. ____ il ____/____/____
residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____
Via _____ n° _____ Tel _____
domiciliato a (se diverso dalla residenza) _____ prov. _____ C.A.P. _____
Via _____ n° _____

SECONDO BENEFICIARIO (eventuale)

Percentuale di reversibilità ____%

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
C.F. _____ nato/a a _____ : _____ prov. ____ il ____/____/____
residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____
Via _____ n° _____ Tel _____
domiciliato a (se diverso dalla residenza) _____ prov. _____ C.A.P. _____
Via _____ n° _____

TERZO BENEFICIARIO (eventuale)

Percentuale di reversibilità ____%

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
C.F. _____ nato/a a _____ : _____ prov. ____ il ____/____/____
residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____
Via _____ n° _____ Tel _____
domiciliato a (se diverso dalla residenza) _____ prov. _____ C.A.P. _____
Via _____ n° _____

Il sottoscritto chiede di percepire la prestazione pensionistica, mediante:

ACCREDITO SUL C /C BANCARIO (O POSTALE) a me intestato:

Codice Paese	CIN	ABI (5 cifre)	CAB (5 cifre)	Numero conto corrente (12 cifre)

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs n°196/03, autorizza il Fondo al trattamento dei propri dati personali ed alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dallo stesso per lo svolgimento dell'attività di erogazione della rendita.

Data ____/____/____

Firma _____

PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA (compilazione a cura del datore di lavoro vedi Note a pag. successiva)

Ragione sociale _____ Referente ufficio competente _____

conferma quanto sopra dichiarato dal richiedente e comunica:

- ◆ Ultimo versamento dei contributi a FONDAEREO (PREVIVOLO/FONDAV) per il lavoratore in data: ____/____/____
Solo per coloro che prima del 28/04/93 erano iscritti a fondi di previdenza complementare indicare:
- ◆ Aliquota applicata sul TFR _____, _____ %

Data ____/____/____

Timbro e Firma Azienda _____

NOTE PER LA COMPILAZIONE

Il presente modulo puo' essere compilato nel caso in cui l'aderente abbia maturato il diritto alla prestazione pensionistica complementare. Il modulo deve essere compilato in tutte le sue parti ed inviato in originale o via pec a Fondaereo.

Nel caso in cui la "PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA" non fosse compilata, si provvederà a processare la richiesta dal giorno 25 del mese successivo rispetto a quello di pervenimento agli uffici di Fondaereo della documentazione istruttoria.

Ulteriori e più specifiche informazioni sono disponibili nel Documento sulle rendite e nelle singole convenzioni e relativi allegati disponibili sul sito www.fondaereo.it.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

1. copia della comunicazione del datore di lavoro attestante la cessazione del rapporto
2. certificazione rilasciata dall'INPS di maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza oppure copia del certificato di pensionamento rilasciato dall'INPS oppure comunicazione di accoglimento della domanda di pensionamento rilasciata sempre dall'INPS
3. copia leggibile di un documento di identità in corso di validità del richiedente e di tutti gli eventuali beneficiari/reversionari
4. copia del codice fiscale del richiedente e di tutti gli eventuali beneficiari/reversionari

COMPILAZIONE A CURA DELL'ADERENTE

Tipologia di rendita: le opzioni consentite per ciascuna tipologia di rendita sono tra loro alternative; qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato. Fa eccezione unicamente la rendita di non autosufficienza (LTC) a vita intera che, invece, deve essere abbinata ad una delle altre tipologie elencate.

Qualora parte della prestazione debba essere erogata in forma di rendita, devono essere fornite le ulteriori informazioni richieste relative a frequenza di erogazione ed eventuali beneficiari, allegando al presente modulo copia del documento di identità del/i reversionario/i.

Scelta del tasso tecnico: si tratta del rendimento precontato nei coefficienti di conversione in rendita. Ciascun iscritto dovrà quindi barrare una delle opzioni previste.

Contributi non dedotti: l'eventuale comunicazione dei contributi non dedotti, versati a Fondaereo nell'ultimo anno e/o frazione di anno e se non già comunicati in precedenza, può essere resa contestualmente alla presente richiesta.

Coordinate bancarie: vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto su cui deve essere effettuato il bonifico di pagamento. Il conto corrente deve essere intestato al richiedente. E' indispensabile riportare tutti i codici indicati. In caso di decesso dell'aderente, i beneficiari devono comunicare alla compagnia assicurativa le loro coordinate bancarie.

Beneficiari: l'aderente ha facoltà di designare una o più persone fisiche o giuridiche quali beneficiari della propria posizione individuale. Non sono previsti limiti nella individuazione dei soggetti beneficiari. Questi vengono identificati al momento della richiesta di prestazione in rendita e non possono essere modificati, una volta iniziata l'erogazione della rendita stessa. Per ciascun beneficiario occorre specificare la percentuale di reversibilità; in presenza di più reversionari, la somma delle percentuali di reversibilità indicate per ciascun reversionario non può superare il 100%.

Informativa Privacy: l'informativa sulla privacy allegata alla presente va sottoscritta dall'iscritto e dagli eventuali reversionari.

COMPILAZIONE A CURA DELL'AZIENDA

Ultimo versamento dei contributi a FONDAEREO: è indispensabile segnalare sempre l'importo dell'ultimo versamento dovuto a Fondaereo e la relativa data in cui è stato/sarà versato.

Aliquota applicata sul TFR: da indicare solo per i "vecchi iscritti".

ALLEGATO

Oggetto: Attivazione rendita vitalizia in convenzione con UNIPOL ASSICURAZIONI SpA.

COGNOME _____ NOME _____ Nato il: _____
CODICE FISCALE _____

INFORMATIVA PER FINALITÀ LIQUIDATIVE SU FORME DI PREVIDENZA

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (in seguito denominato Codice), e in relazione ai dati personali che Lei ci fornisce, La informiamo di quanto segue.

- 1) Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali comuni da Lei forniti ha unicamente lo scopo di consentire alla nostra Società di effettuare pagamenti conseguenti a contratti su fondi pensione. In particolare, il trattamento è relativo alla gestione amministrativa dei dati, comprese le rilevazioni e le registrazioni contabili, nonché all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie, ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da Organi di vigilanza e controllo.
- 2) I dati sono trattati dalla nostra Società, UNIPOL Assicurazioni S.p.A., con sede in Bologna Via Stalingrado, 45, Titolare del trattamento, solo con le modalità e procedure, anche informatiche, necessarie per la finalità indicata e sempre in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati personali.
- 3) I dati personali non saranno trasferiti all'estero o diffusi, se non in adempimento di obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria, ovvero in base a disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da Organi di vigilanza o controllo. Potranno essere comunicati ad altri soggetti (banche ed istituti di credito), che operano come autonomi titolari, per l'effettuazione delle operazioni di pagamento. Potranno inoltre essere comunicati ad ANIA ed alle imprese assicuratrici per finalità di tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi.
- 4) Il conferimento da parte Sua dei dati personali è necessario per effettuare pagamenti conseguenti a contratti su fondi pensione. In caso di Suo rifiuto potremmo non essere in grado di disporre il pagamento.
- 5) La normativa sulla privacy (artt. 7-10 del D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso in cui i dati siano trattati in violazione di legge, a chiederne la cancellazione.

Titolare del trattamento è UGF Assicurazioni S.p.A. (www.unipolassicurazioni.it) e UNIPOL Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolgf.it) entrambe con sede in Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (BO) www.unipol.it

Il Responsabile per il riscontro agli interessati è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso UNIPOL Assicurazioni S.p.A. e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. – Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (BO); e-mail: privacy@unipolassicurazioni.it.

Per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco di coloro che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili potrà consultare il sito www.unipol.it o rivolgersi al suddetto Responsabile per il riscontro.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto da UNIPOL assicurazioni s.p.a. l'informativa privacy, sopra descritta, prevista dall' art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 196/2003) anche in nome e per conto degli altri interessati, di impegnarsi a consegnarne loro una copia e di acconsentire al trattamento nei limiti e per le finalità indicate nell'informativa.

Data

Firma del Dichiarante