MODELLO RISCATTO PERDITA REQUISITI**DATI ADERENTE**

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Data Nascita (___ / ___ / _____)
Luogo di nascita _____ Prov. _____
Comune Residenza _____ Prov. _____
Indirizzo _____ Cap. _____
Indirizzo mail _____ tel. _____

Comunica che ha cessato il rapporto di lavoro il _____ alle dipendenze della società _____, risultano contributi non dedotti non ancora comunicati (ultimo anno se presenti) per € _____, l'aliquota di tassazione TFR applicatami è stata pari al _____, _____ % (dato da indicare solo per i vecchi iscritti)

DATI RICHIEDENTE (compilare solo in caso di decesso dell'iscritto da parte dell'erede o beneficiario)

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Data Nascita (___ / ___ / _____)
Luogo di nascita _____ Prov. _____
Comune Residenza _____ Prov. _____
Indirizzo _____ Cap. _____
Legame Parentela _____ Documento Identità _____

PRESTAZIONE PRESCELTA

L'aderente ha **cessato l'attività lavorativa** richiesta per l'iscrizione al Fondo, per la seguente causa:

A Volontà delle parti (dimissioni, licenziamento, risoluzione consensuale, cambio inquadramento per passaggio a dirigente) e pertanto richiede il **RISCATTO PER CAUSE DIVERSE ai sensi dell'art. 14 comma 5 del Dlgs 252/05** nella misura del **100%** **50%** ;

B Causa indipendente dalla volontà delle parti (mobilità, fallimento, fondo esuberi, cassa integrazione guadagni) e pertanto richiede:

il **RISCATTO parziale** nella misura del **50,00 %** a causa di uno dei seguenti motivi (barrare una sola casella):

- cessazione dell'attività lavorativa con disoccupazione non inferiore ad 1 anno e non superiore a 4 anni;
- ricorso da parte dell'azienda a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria;

il **RISCATTO totale** nella misura del **100%** a causa di uno dei seguenti motivi (barrare una sola casella):

- cessazione dell'attività lavorativa con disoccupazione superiore a 4 anni;
- invalidità permanente che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo;
- decesso dell'aderente;

Fondo Pensione dei dipendenti delle società assicuratrici del gruppo Sara Assicurazioni Spa

MODELLO RISCATTO PERDITA REQUISITI

FORMA PAGAMENTO PRESCELTA

Autorizzo il fondo ad effettuare il pagamento delle somme risultanti dalla liquidazione della posizione individuale mediante accredito bancario, sul seguente conto corrente intestato a

IBAN _____

indicare codice IBAN (27 CARATTERI)

presso istituto _____

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

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

- di avere preso visione del **Regolamento sulle modalità di erogazione delle prestazioni**;
- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta;
- di essere consapevole 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;
- di accettare di ricevere il modello CU – Certificazione Unica all'indirizzo di residenza indicato, consapevole che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo entro la scadenza di Legge dell'anno successivo a quello di pagamento e si impegna inoltre a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro quindici giorni dalla scadenza annuale di Legge per la trasmissione . Eventuali variazioni di residenza andranno comunicate al Fondo.

Data (___ / ___ / _____) Firma richiedente _____

Spazio riservato al Fondo Pensione

Il presente modello dovrà essere trasmesso a Funzione Gestione Fondi c/o Sara Assicurazioni Spa Via Po, 20 - Roma 00198 o via mail fondsara@sara.it

Ricevuto il Timbro e Firma