MANLEVA PER ACCREDITO AL FONDO PENSIONE DEGLI IMPORTI MATURATI DAI "VECCHI ISCRITTI"

Istruzioni di compilazione: il presente modulo deve essere compilato congiuntamente alla richiesta di liquidazione/anticipazione con riferimento alle posizioni degli iscritti al fondo pensione precedentemente alla data del 28/04/1993 ("vecchi iscritti") in caso di erogazione diversa da trasferimento o da riscatto totale conseguente al decesso. Il presente modulo va consegnato a cura del fondo pensione alla compagnia di assicurazione UNIPOL S.p.A.

DATI DELL'ADERENTE

(compilazione a cura dell'aderente)

IL SOTTOSCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: _____ Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: / /

Comune di nascita: _____ Prov: ( ) _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ _____

Comune di residenza: _____ Provincia: ( )

Data 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: / / Categoria di appartenenza: **"VECCHIO ISCRITTO"**

IN SEGUITO ALLA RICHIESTA DI SMOBILIZZO DELLA PROPRIA POSIZIONE PREVIDENZIALE DERIVANTE DA:

A) ☐ **EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA** ex art. 11 d. lgs. 252/2005 secondo le modalità di seguito indicate:

☐ 100% capitale ☐ 50% capitale - 50% rendita ☐ capitale ..... % - rendita ..... %

B) ☐ **RISCATTO parziale** nella misura del **50,00 %** ex art. 14 d. lgs. 252/2005 secondo le modalità di seguito indicate

C) ☐ **RISCATTO totale** ex art. 14 d. lgs. 252/2005 secondo le modalità di seguito indicate

D) ☐ **RISCATTO per cause diverse** ex art. 14 d. lgs. 252/2005 secondo le modalità di seguito indicate

E) ☐ **ANTICIPAZIONE** ex art. 11 d. lgs. 252/2005 secondo le modalità di seguito indicate

Al fine di consentire al FONDO PENSIONE DEL PERSONALE NON MEDICO DEGLI OSPEDALI DI NEGRAR IN LIQUIDAZIONE di procedere all'operazione di pagamento come sopra indicato in unica soluzione. Io sottoscritto/a .....in qualità di beneficiario/a della parte di prestazione maturata a tutto il 31.12.2000

☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

ai sensi dell'articolo 1188 del Codice Civile la Compagnia Assicuratrice UNIPOL S.p.A. ad accreditare la parte di prestazione previdenziale netta maturata a tutto il 31.12.2000 a me spettante, sul conto corrente del suddetto Fondo Pensione di seguito indicato:

N.ro C/C:	IT	81	S	02008	05364	000030104934	CIN:		ABI:		CAB:	

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. 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 dichiara, inoltre, per se e per i suoi aventi causa, di tenere indenne e sollevata la Compagnia di Assicurazioni UNIPOL da qualsiasi pretesa ed eccezione che venisse avanzata in relazione all'erogazione al Fondo Pensione dell'importo corrisposto al Fondo Pensione a titolo dell'erogazione avvenuta ai sensi delle disposizioni di cui al D. Lgs. 252/2005.

Data Compilazione: ..... /..... /..... **Firma:** _____