



Fondo Pensione Complementare per i Lavoratori delle Imprese Industriali ed Artigiane Edili ed Affini

**MODULO di RICHIESTA RISCATTO DELLA POSIZIONE PREVIDENZIALE**

**(da inviare a Prevedi in originale, per posta, unitamente a copia del documento di identità del richiedente)**

**1. DATI DELL'ISCRITTO CHE RICHIEDE LA LIQUIDAZIONE**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ ) Telefono: \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ ) e-mail \_\_\_\_\_

**2. OPZIONE PRESCELTA (barrare una sola opzione: qualora non venga barrata alcuna opzione o vengano barrate più opzioni o l'opzione scelta non risulti, ove richiesto, documentata o non risulti congruente con le altre informazioni fornite dal richiedente, il Fondo applicherà d'ufficio l'opzione C): si leggano istruzioni di compilazione allegate alla presente.**

- A) RISCATTO parziale** nella misura del **50,00 %** della posizione a causa di uno dei seguenti motivi:  
 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 integraz. guadagni a zero ore per almeno 12 mesi (allegare documentazione probatoria)**
- B) RISCATTO totale** della posizione a causa di uno dei seguenti motivi:  
 B.1 Cessazione dell'attività lavorativa con **disoccupazione superiore a 4 anni**  
 B.2 **Invalità permanente** che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo **(allegare documentazione probatoria INPS o INAIL)**  
 B.3 **Decesso dell'aderente**
- C) RISCATTO integrale** della posizione individuale per cause diverse da quelle di cui alle precedenti lettere A) e B): **può essere richiesto in tutti i casi in cui il lavoratore non sia più subordinato al CCNL edili-industria o al CCNL edili-artigianato**

**3. CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO CHE COMPORTAVA L'APPLICAZIONE DEL "CCNL EDILIZIA INDUSTRIA" O DEL "CCNL EDILIZIA-ARTIGIANATO" A SEGUITO DI:** **(BARRARE UNA SOLA OPZIONE)**

- Volontà delle parti (*dimissioni non per pensionamento, licenziamento, risoluzione consensuale del rapporto di lavoro, ...*)  Pensionamento  
 Causa indipendente dalla volontà delle parti (*mobilità, fallimento, inabilità, cassa integrazione guadagni*)  Decesso dell'iscritto

**Qualora non venga barrata alcuna opzione o vengano barrate più opzioni o l'opzione scelta non risulti congruente con le altre informazioni fornite dal richiedente, il Fondo applicherà d'ufficio l'opzione "Volontà delle parti".**

Contributi non dedotti nell'anno precedente alla presente domanda e non ancora comunicati al Fondo: € .....

**4. CONTO CORRENTE BANCARIO O POSTALE (CODICE IBAN OBBLIGATORIO: SE MANCA, LA LIQUIDAZIONE NON VIENE ESEGUITA!)**

|             |                |                  |     |     |     |                          |
|-------------|----------------|------------------|-----|-----|-----|--------------------------|
| Codice IBAN | Codice nazione | Codice controllo | CIN | ABI | CAB | Numero di conto corrente |
|-------------|----------------|------------------|-----|-----|-----|--------------------------|

Intestato a: \_\_\_\_\_ Banca e Filiale: \_\_\_\_\_

Attenzione: a causa di numerosi e reiterati casi di intercettazione e contraffazione di assegni e delle incertezze e difficoltà legate al recupero degli stessi, allo scopo di tutelare gli iscritti al Fondo Pensione, il pagamento delle prestazioni erogabili dal Fondo medesimo viene eseguito esclusivamente tramite accredito diretto sul conto corrente indicato dall'iscritto. **A tal fine allegare sempre alla presente richiesta il documento di identità dell'iscritto che richiede la liquidazione e dell'intestatario del conto corrente (se diverso dall'iscritto). Tramite la sottoscrizione della presente, il sottoscritto solleva inoltre il Fondo Pensione da ogni responsabilità per qualsiasi pregiudizio a se stesso o a terzi possa eventualmente conseguire all'esecuzione del pagamento sul conto corrente sopra indicato.**

*Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dei requisiti previsti dallo Statuto del Fondo Pensione per l'esercizio della presente richiesta di riscatto e di accettare tutto quanto previsto nel presente modulo di richiesta. Dichiara inoltre che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità e di essere consapevole che l'incompleta compilazione del presente modulo o la mancanza di sottoscrizione da parte del richiedente o da parte dell'ultimo datore di lavoro edile dell'iscritto, indicato al punto 5), può determinare annullamento del modulo stesso da parte del Fondo Pensione, senza alcun obbligo di avviso al richiedente o all'iscritto titolare della posizione da liquidare. Il sottoscritto accetta di ricevere all'indirizzo di residenza sopra indicato il modello CUD, che gli verrà spedito per posta ordinaria in esito alla liquidazione della posizione previdenziale (tranne in caso di trasferimento) e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro un mese dalla data di accredito dell'importo erogato o di ricezione del relativo assegno.*

**Data Compilazione:** ..... / ..... / ..... **(non può essere anteriore alla data di cessazione del rapporto di lavoro di cui al punto 5)**

**Firma del richiedente:** \_\_\_\_\_

**5. CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA (DA COMPILARE, TIMBRARE E FIRMARE DAL DATORE DI LAVORO)**

Denominazione Azienda: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
**Data cessazione rapporto di lavoro:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Importo ultimo contributo dovuto al Fondo:** € \_\_\_\_\_ **Versato in data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Timbro e firma del datore di lavoro (la sola firma senza timbro non è accettata):** \_\_\_\_\_

**INVIARE IL MODULO ORIGINALE, DEBITAMENTE COMPILATO E SOTTOSCRITTO AL FONDO PENSIONE PREVEDI**