

**FONDO PENSIONE MEDICI**
Iscritto all'Albo COVIP con il n° 1337**C/R01 - RISCATTO****RICHIESTA DI RISCATTO DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE***Da compilarsi e sottoscrivere a cura dell'aderente*

Cognome e nome nato a
(prov.) il Codice Fiscale
residente in cap (prov.....) Via/piazza
tel., e-mail
richiedo il riscatto della mia posizione.

Dichiaro di trovarmi in una delle seguenti situazioni alternative

- dimissioni** o, in generale, perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo stabiliti dagli Accordi/Regolamenti aziendali che dispongono l'adesione su base collettiva (riscatto del 100% della posizione)
- dimissioni per mobilità o per altre cause non dipendenti dalla volontà dell'iscritto** (riscatto del 100% della posizione)
- inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi** (riscatto del 50% della posizione)
- inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 48 mesi** (riscatto del 100% della posizione)
- Documentazione da produrre in caso d'inoccupazione: "Estratto conto certificativo" dell'Ente Previdenziale di appartenenza che attesta il mancato versamento di contributi
- ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni, ordinaria o straordinaria** (riscatto del 50% della posizione)
- invalidità permanente** che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo (riscatto del 100% della posizione).
- Documentazione da produrre in caso d'invalidità permanente: riconoscimento dello stato di invalidità da parte degli Enti preposti

Contributi non dedotti

Dichiaro, inoltre, che con riferimento ai contributi versati nell'anno in corso, l'importo di €
non è/non sarà dedotto in sede di presentazione della dichiarazione dei redditi.

L'importo maturato al netto delle ritenute di Legge dovrà essere accreditato presso:

Istituto bancario
codice IBAN: _____
Intestato a

Con riferimento alle prestazioni riscattate in forma di capitale maturate in prodotti assicurativi, autorizzo la Società Assicuratrice a liquidare le somme accantonate al Contraente Fondo Pensione Medici, affinché il Fondo, in qualità di sostituto d'imposta, possa determinare e provvedere agli adempimenti fiscali previsti dalla vigente normativa e corrispondere al sottoscritto l'importo al netto delle ritenute fiscali operate. Il sottoscritto dichiara, per se e/o per i suoi aventi causa, di tenere sin d'ora indenne e manlevata la Società Assicuratrice da ogni e qualsiasi pretesa e/o eccezione che venisse eventualmente avanzata e/o sollevata in relazione alle suddette modalità di erogazione della prestazione in questione.

Il sottoscritto è responsabile della veridicità e della correttezza di dati e delle informazioni fornite nel presente modulo.

*Data**Firma dell'aderente*

.....
.....
N.B. Il presente modulo dovrà essere consegnato all'ufficio amministrazione del personale della propria azienda che provvederà ad integrarlo con tutte le informazioni utili al Fondo per effettuare la relativa liquidazione. La procedura di liquidazione avverrà dopo che l'ultimo contributo sarà stato investito e dopo che la presente modulistica, completa in ogni sua parte, ed il modello di chiusura posizione, compilato dall'azienda, saranno pervenuti al Fondo. Nel caso in cui la stessa risultasse incompleta sarà nostra cura chiedere all'azienda di farci pervenire le informazioni mancanti.

C/01 - CHIUSURA POSIZIONE PREVIDENZIALE - AZIENDA OSPEDALIERA

Da compilarsi a cura dell'Azienda (barrare le parti che interessano) e da trasmettere unitamente al modulo di richiesta sottoscritto dall'Aderente

La scrivente Azienda Ospedaliera.....
 comunica che il/la Dott./Dott.ssa..... codice fiscale

Nato a (prov.....) il residente (prov.....)
 cap Via

ha cessato il rapporto di lavoro in data.....

Comunica che la cessazione è dovuta a:

- Pensionamento
- Decesso
- Ricorso a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni, ordinaria o straordinaria
- Dimissioni, licenziamento, invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo

Ovvero comunica che il dipendente, in costanza del rapporto di lavoro, intende esercitare il diritto al:

- Trasferimento della posizione pensionistica ai sensi dell'art. 14 comma 6 del D. Lgs. 252/05

Da compilarsi esclusivamente se iscritto ante 28.04.93 ("vecchio iscritto") per i versamenti dal momento dell'iscrizione al 31/12/2000
 (Dati obbligatori per procedere alla liquidazione della posizione)

- l'aliquota di tassazione del TFR ai sensi dell'art. 19 del TUIR è pari al%.
- il versamento al FONDO a carico del dipendente in ciascun anno:
 - NON HA superato** il 4% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR;
 - HA superato** il 4% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR per un importo di €

Da compilarsi esclusivamente se iscritto post 28.04.93 ("nuovo iscritto") per i versamenti dal momento dell'iscrizione al 31/12/2000
 (Dati obbligatori per procedere alla liquidazione della posizione)

- il versamento al FONDO a carico del dipendente in ciascun anno:
 - NON HA superato** il 2% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR;
 - HA superato** il 2% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR per un importo di €
- l'importo totale delle riduzioni annue spettante al Fondo da applicare sulle quote di TFR (Circolare n. 235/98 dell'Agenzia delle Entrate) in ciascun anno è pari a € in alternativa la percentuale media di TFR versato al Fondo fino al 31/12/2000 è pari a%.

Si comunica che tutti i contributi dell'aderente sono stati regolarmente versati e l'ultimo versamento al Fondo di €..... è stato effettuato il.....

N.B: Si precisa che l'attestazione di cui sopra verrà ritenuta definitiva e irrevocabile; pertanto eventuali nuovi e ulteriori contributi non verranno accettati né investiti e il versamento aggiuntivo sarà restituito all'azienda, che provvederà a liquidare l'importo spettante all'iscritto in altra forma.

Allega il seguente modulo di richiesta dell'interessato per le modalità di chiusura della posizione individuale:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Modulo C/P01: Pensionamento | <input type="checkbox"/> Modulo C/R01: Riscatto | <input type="checkbox"/> Modulo C/F01: Permanenza nel Fondo |
| <input type="checkbox"/> Modulo C/D01: Decesso | <input type="checkbox"/> Modulo C/T01: Trasferimento | |

Il presente modulo è stato compilato dal Sig./Sig.ra Tel

Data..... Timbro e Firma dell'Azienda

N.B. Il presente modulo dovrà essere inviato al Fondo Pensione Medici – Via Costantino Morin, 45 - 00195 Roma(RM) dopo il perfezionamento di tutti i versamenti al Fondo dell'Aderente interessato. L'attivazione della procedura di liquidazione avverrà dopo che l'ultimo contributo sarà stato versato ed investito e dopo che la modulistica, completa in ogni sua parte, sarà pervenuta al Fondo. Nel caso in cui la stessa risultasse incompleta, sarà nostra cura restituirvene una copia pregandoVi di completarla con le informazioni mancanti.