

**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.*

*(\* Nel caso che l'aderente non è più in servizio da parecchio tempo è autorizzato ad inviare il presente modulo direttamente all'indirizzo del Fondo.*