

(Spazio riservato all'ufficio liquidazione)
 FONDO PENSIONE ALBO N°.....
 Contratto 153/ T.n°.....
 Data prima iscrizione ad un Fondo Pensione
 Data iscrizione al Fondo UNIPOL
 Data cessazione

Data _____ Spett.le
 COMPAGNIA ASSICURATRICE UNIPOL
 Liquidazione Fondi Pensione
 Via Stalingrado, 45
 40128 BOLOGNA BO

Oggetto: Liquidazione prestazione previdenziale **Fondo Pensione Unipol Previdenza**
Aderente Sig./ra _____

Con riferimento a quanto in oggetto, Vi comunichiamo che l'iscritto /a:

Cognome e Nome	Telefono:																					
Luogo e Data Nascita	Nato/a a _____	Prov.() il:																				
Domicilio Fiscale	Via _____	Prov.() Cap _____																				
Indirizzo di residenza	Via _____	Prov.() Cap _____																				
Codice Fiscale	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					
Documento di riconoscimento	Tipo _____ Numero _____	Data Rilascio _____																				
	Autorità/Luogo _____																					

Nella Sua qualità di beneficiario/erede ha richiesto la liquidazione della posizione previdenziale per :

- Anticipata risoluzione del rapporto di lavoro (compilare Riquadri 1,7).**
- Pensionamento (Compilare riquadri 2;7;8).**
- Anticipazione (compilare riquadri 3;7; e relativo allegato B;C;D;E;F).**
- Trasferimento ad altro fondo pensione o altra forma pens. (Compilare riquadri 4;7;8).**
- Riscatto per decesso dell'iscritto (compilare riquadri 6,7 e allegato A + allegato privacy).**

Si richiede che il pagamento sia effettuato :

- 1) Con assegno bancario.**
- 2) Con bonifico bancario presso:**
 (è possibile solo nel caso in cui l'avente diritto sia intestatario del conto corrente indicato):
 ABI _____ Banca _____
 CAB _____ Filiale _____
 C/C _____ Intestato a _____

Altre notizie: _____

L'avente diritto (Iscritto o Beneficiario) autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi delle vigenti norme di legge per lo svolgimento delle attività connesse all'esecuzione di quanto sopra e richiede che ogni eventuale comunicazione sia trasmessa all'indirizzo del domicilio fiscale sopra riportato.

Il responsabile
 Del FONDO

L'agente incaricato
 (Se la richiesta è inviata
 tramite Agenzia)

l'Iscritto
 (o un beneficiario
 in caso di decesso)

**opzione prescelta per l'erogazione della posizione previdenziale
(compilazione a cura dell'aderente)**

RIQUADRO 1

**1) ANTICIPATA RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO E SITUAZIONE
LAVORATIVA E CONTRIBUTIVA Dell'ISCRITTO**

**Avendo cessato il rapporto di lavoro con l'Azienda _____ il/la
sottoscritto/a richiede:**

A) Il riscatto totale a causa di uno dei seguenti motivi :

- a.1** Volontà delle parti (es.dimissioni, licenziamento, risoluzione consensuale)
- a.2** Cessazione del rapporto di lavoro con disoccupazione superiore a 4 anni
- a.3** Invalidità permanente che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo

B) Il riscatto parziale nella misura del 50,00% a causa di uno dei seguenti motivi:

- b.1** Cessazione dell'attività lavorativa con disoccupazione non inferiore ad 1 anno e non superiore a 4 anni
- b.2** Ricorso da parte dell'azienda a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria e straordinaria

C) La prosecuzione volontaria individuale

- c.1** si richiede di proseguire, senza soluzione di continuità, la partecipazione al Fondo Pensione sulla base dei criteri che regolano l'adesione volontaria.

Dati Previdenziali e contributivi

- Data cessazione rapporto di lavoro _____
- Eventuali Contributi non dedotti: € _____ € _____
Al 31/12/2006 Dal 01/01/2007

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere a conoscenza dei requisiti previsti dallo Statuto del Fondo Previdenza per l'esercizio dell'Opzione prescelta e che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità

Data compilazione _____

L'iscritto

**Opzione prescelta per l'erogazione della posizione individuale
(compilazione a cura dell'aderente)**

RIQUADRO 2

2) PENSIONAMENTO SITUAZIONE LAVORATIVA E CONTRIBUTIVA Dell'ISCRITTO

A) L'iscritto raggiunge il **pensionamento** (ovvero raggiunge i requisiti accesso alle prestazioni stabili nel regime obbligatorio di appartenenza, con almeno 5 anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari . Il diritto si acquisisce anche a fronte di disoccupazione superiore a 4 anni e con un anticipo massimo di 5 anni rispetto ai requisiti per l'accesso alle prestazioni nel regime obbligatorio di appartenenza) per :

- 2.1** Pensionamento per Anzianità
- 2.2** Pensionamento per Vecchiaia

e chiede l'erogazione della prestazione pensionistica secondo le modalità di seguito indicate:

- **1** **100 % rendita**
- **2** **50 % Capitale - 50 % rendita**
 nel caso in cui la rendita derivante dalla conversione del 70% del montante finale (comprensivo di eventuali anticipazioni precedentemente erogate e non reintegrate) sia inferiore al 50% dell'assegno sociale (art.3,commi 6 e 7 Legge 08/08/95 n°335) chiede l'erogazione del capitale corrispondente in soluzione unica.
- **3** **___ % Capitale ___ % rendita**
(indicare la percentuale scelta per la % in capitale max 50% consentito)
- **4** **100% capitale in soluzione unica**
(possibilità valida solo per vecchi iscritti (ante 28/04/1993) art.11 e art.23 comma ,7 DLGS 252/05) in questo caso la prestazione sarà interamente assoggettata al regime fiscale previsto dalla previgente normativa.

B) tipo di rendita

- **Frazionamento della rendita posticipata** (da non indicare nel caso 4)

A Annuale B Semestrale C trimestrale D Bimestrale E Mensile;

B.1) reversibilità della rendita

Dati riguardanti la seconda testa assicurata in caso di reversibilità della rendita

Cognome e NomeTelefono:
Luogo e Data Nascita	Nato/a a Prov.() il sesso(M/F)
Domicilio Fiscale	Via _____ Città Prov.() Cap
Codice Fiscale	_____
Documento di Riconoscimento (allegare copia documento)	Tipo _____ Numero _____ Data Rilascio _____ Autorità/Luogo _____

Dati Previdenziali e contributivi

- Data cessazione rapporto di lavoro o di cessata attività _____
- Eventuali Contributi non dedotti: € _____ € _____
 Al 31/12/2006 Dal 01/01/2007

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere a conoscenza dei requisiti previsti dallo Statuto del Fondo Previdenza per l'esercizio dell'Opzione prescelta e che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità

Data compilazione _____

L'iscritto _____

**opzione prescelta per l'erogazione dell'anticipazione della posizione individuale
(compilazione a cura dell'aderente)**

RIQUADRO 3

3) ANTICIPAZIONE ai sensi del D.Lgs. n° 252/05

Io sottoscritto richiedo di conseguire una anticipazione della prestazione pari a:

- Importo richiesto €** _____ (l'importo richiesto non potrà comunque superare il limite max consentito)
- Percentuale richiesta** _____ % (l'importo richiesto non potrà comunque superare il limite max consentito)
- Numero quote da disinvestire** _____ (il cui controvalore non potrà comunque superare il limite max consentito)

(indicare alternativamente o il numero delle quote o la percentuale o l'importo in €, L' importo deve essere considerato al lordo delle imposizioni fiscali vigenti)

Per il seguente motivo:

- A) Acquisto prima casa di abitazione per sé o per i figli.**
Puo' essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione al Fondo per un importo non superiore al 75% della posizione maturata (allego apposita richiesta compilata e sottoscritta (Allegato B o C).
- B) Interventi di manutenzione, restauro, risanamento e ristrutturazione prima casa propria o dei propri figli.** Puo' essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione al Fondo per un importo non superiore al 75% della posizione maturata (allego apposita richiesta compilata e sottoscritta (Allegato D).
- C) Spese sanitarie** a seguito di gravissime situazioni relative a se', al coniuge e a ai figli per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche.
Puo' essere richiesta in qualsiasi momento per un importo non superiore al 75% della posizione maturata (allego apposita richiesta compilata e sottoscritta (Allegato E o F).
- D) Ulteriori esigenze** dell'aderente
Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione al Fondo per un importo non superiore al 30% della posizione maturata (allego apposite richieste compilate e sottoscritta (Allegato G).

note

- Anticipazione già erogata per € _____ in data _____
(Compilare sempre in caso di anticipazione già erogata)
- _____

Nota Bene. Nel caso **di scelta di importo** il calcolo delle quote da disinvestire verrà effettuato in base al controvalore unitario delle quote del rispettivo fondo, risultante al ricevimento della richiesta completa della necessaria documentazione. Il controvalore definitivo di tali quote vendute valorizzato l'ultimo giorno dello stesso mese, potrà essere diverso da quello risultante al momento della valorizzazione, e pertanto potrebbe non coincidere esattamente con l'importo richiesto.

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 445 e successive modificazioni sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. È consapevole, altresì delle sanzioni penali di cui art.76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi .

Data compilazione _____

L'iscritto

**opzione prescelta per trasferimento posizione individuale
(compilazione a cura dell'aderente)**

RIQUADRO 4

4) TRASFERIMENTO della posizione individuale per:

- Trasferimento per cessazione dei requisiti di partecipazione**, a seguito della cessazione dell'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al fondo Pensione
- Trasferimento volontario**, senza che sia cessata l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo Pensione ed in presenza di almeno due anni di partecipazione al Fondo Pensione

a favore del Fondo pensione / forma pensionistica individuale di seguito indicata :

Denominazione del fondo di destinazione _____

Codice Fiscale _____

Numero di iscrizione all'Albo dei fondi pensione _____ **(non obbligatorio)**

Referente Signor. _____ **Telefono** _____

Domicilio Fiscale del Fondo di destinazione	Via _____	Prov.(_____)	Cap _____
	Città _____		
Indirizzo invio comunicazioni	Via _____	Prov.(_____)	Cap _____
	Città _____		

Si allega copia della documentazione attestante l'avvenuta iscrizione presso il Fondo/la forma individuale sopra indicato/.

Dati Previdenziali e contributivi

- Data di prima iscrizione a forme pensionistiche complementari _____
- Data cessazione rapporto di lavoro o di cessata attività _____
- Eventuali Contributi non dedotti non ancora comunicati (ultimo anno): € _____

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

- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione di trasferimento della posizione previdenziale
- di essere a conoscenza che la portabilità delle eventuale contribuzione di fonte datoriale è consentita nei limiti e secondo le modalità stabilite dai contratti o accordi collettivi, anche aziendali.

E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui art.76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data compilazione _____

L'iscritto _____

**opzione prescelta per l'erogazione della posizione individuale
(compilazione a cura degli eredi/beneficiari)**

RIQUADRO 6

RISCATTO per DECESSO DELL' ASSICURATO

In seguito al decesso del Sig. _____, iscritto al Fondo Pensione "Previdenza" avvenuto il ____/____/_____, si chiede di dare corso al riscatto della posizione ad uno dei seguenti soggetti, come previsto dal Dlgs Art 14 comma 3 252/05:

eredi _____

nome e cognome eredi (nota bene ogni erede deve compilare il riquadro sottostante)

beneficiario 1(indicare i dati del beneficiario)

Cognome e Nome	Telefono: _____
Luogo e Data Nascita	Nato/a a _____ Prov.() il _____ sesso(M/F)
Domicilio Fiscale	Via _____ Città _____ Prov.() Cap _____
Codice Fiscale	_____
Documento di Riconoscimento (allegare copia documento)	Tipo _____ Numero _____ Data Rilascio _____ Autorità/Luogo _____

A tal fine si allegano i seguenti documenti:

1. certificato di morte dell'iscritto
2. dichiarazione sostitutiva dell'atto Notorio, rilasciato ai sensi del DPR 445/2000 che si è aperta la successione legale e contenente le generalità di ciascun beneficiario
3. generalità del/degli avente/i diritto (documento d'identità valido (compreso il codice fiscale))
4. unicamente nel caso in cui gli aventi diritto siano figli minorenni, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione delle quote dei minori ed esonera la Compagnia da ogni responsabilità in ordine all'eventuale reimpiego (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore).
5. eventuale designazione beneficiaria effettuata dall'iscritto in mancanza del coniuge/figli/genitori conviventi a carico.
6. Privacy informativa per finalità liquidative Fondi Pensione

Data compilazione _____

Il dichiarante

RIQUADRO 7 **

DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA (compilazione a cura del datore di lavoro)

Denominazione azienda _____

Nominativo Dipendente _____

Data di nascita _____ **Codice Fiscale** _____

7A) Età pensionabile prevista dal regime obbligatorio di appartenenza dell'iscritto per la pensione di vecchiaia: _____ **7B)** Data cessazione attività _____

7C) Aliquota fiscale per la tassazione del TFR:, determinata ai sensi degli artt. 16 e 17 del D.P.R 917/86 pari al _____%. *(informazione necessaria solo nel caso di cessazione di rapporto di lavoro di un "Vecchio iscritto")*

7D) Note

7E) Importo contributi a carico dell'Azienda	
contributi versati entro il 31/12/2000	€
contributi versati dal 1/01/2001 al 31/12/2006	€
contributi versati dal 1/01/2007	€
Importo complessivo	€

7F) Importo contributi derivanti da TFR	
versati entro il 31/12/2000	€
contributi versati dal 1/01/2001 al 31/12/2006	€
contributi versati dal 1/01/2007	€
Importo complessivo	€

7G) Riduzione annuale di € 309,88 (€ 600.000) sulle suddette quote di TFR relative agli anni fino al 2000 attribuibili al fondo		
ANNO	Importo TFR trasferito al Fondo	Riduzione attribuibile al Fondo
1999	€	€
2000	€	€

7H) Importo contributi a carico dell'iscritto	
contributi versati entro il 31/12/2000	€
contributi versati dal 1/01/2001 al 31/12/2006	€
contributi versati dal 1/01/2007	€
Importo complessivo	€

7I) L'importo annuale dei contributi posti a carico dell'iscritto fino all'anno 2000:

- non ha mai superato, in ciascun anno di contribuzione, il 4% della retribuzione percepita dal dipendente, al netto dei contributi obbligatori per legge posti a carico dello stesso (art. 17 del D.P.R. 917/86)

- ha superato il 4% della retribuzione percepita dal dipendente, al netto dei contributi obbligatori per legge posti a carico dello stesso (art. 17 del D.P.R. 917/86) negli anni e per gli importi di seguito indicati

7L) Contributo dell'iscritto eccedente il 4%	
Anno 1999	Importo €
Anno 2000	Importo €
TOTALE	Importo €

7M) Ultimo contributo versato al fondo: **Data** _____ **Importo €** _____

Luogo e data compilazione _____

Timbro e firma del datore di lavoro _____

Nota bene : In caso di iscritto proveniente da altro Fondo Pensione o Cassa di previdenza, si prega di allegare tutta la documentazione in Vs.possesso al fine di controllo della posizione pregressa (data adesione, dettaglio contributi, anticipazioni già erogate ecc.)

RIQUADRO 8 (compilazione a cura dell'iscritto lavoratore autonomo)

l'ultimo contributo versato al fondo risulta essere : **Data** _____ **Importo €** _____

Data compilazione _____

Il dichiarante

**Note per la compilazione del modulo 9/2007
per la liquidazione / trasferimento delle posizione previdenziale**

- Il presente modello è da inoltrare mediante raccomandata all'indirizzo riportato nella prima pagina
- Eventuali informazioni possono essere richieste al seguente indirizzo di posta elettronica (email) (liq.fondiaperti@unipol.it)

Il modello si compone delle seguenti parti:

1) la prima pagina è da compilare a cura del richiedente (l'iscritto o l'avente diritto in caso di decesso dell'iscritto);

2) le pagine 2,3,4,5 sono suddivise in 8 riquadri richiamati in prima pagina e che a seconda dei diversi tipi di richiesta debbono essere compilati e sottoscritti come segue:

I riquadri 1,2,3,4,5,8 Dall'iscritto,

Il riquadro 6 dall'Avente diritto,

il riquadro 7 dal Datore di lavoro;

3) NOTA BENE:

In caso di Anticipata risoluzione del rapporto di lavoro (compilare Riquadri 1;7,) allegare sempre un documento comprovante l'avvenuta cessazione del rapporto di lavoro e un documento valido d'identità.

In caso di Cessata attività lavorativa (lavoratore autonomo) che comporti la disoccupazione (vedi riquadro 1, riscatto parziale) (compilare Riquadri 1;8) allegare sempre un documento comprovante l'avvenuta cessazione attività e documento comprovante la disoccupazione (chiusura attività presso CCIAA ecc. e dichiarazione di disoccupazione) e un documento valido d'identità.

Pensionamento (Compilare riquadri 2;7;8) allegare sempre un documento comprovante l'avvenuto pensionamento e un documento valido d'identità.

Anticipazione (compilare riquadri 3;7; e relativo allegato B;C;D;E;F) allegare i documenti richiesti negli allegati.

Trasferimento ad altro fondo pensione o altra forma pens.(Compilare riquadri 4;7) allegare documento comprovante l'avvenuta iscrizione al Fondo di destinazione e documento valido d'identità

Riscatto per decesso dell'iscritto (compilare riquadri 6,7 e allegato A e H) allegare i documenti richiesti negli allegati.

Sono inoltre stati predisposti i seguenti allegati da utilizzarsi per questi casi:

- ALLEGATO **A**: da utilizzarsi in caso di decesso dell'iscritto a cura dell'avente diritto.
- ALLEGATO **B**: da utilizzarsi in caso di richiesta di anticipo per l'acquisto della prima e propria casa di abitazione a cura dell'iscritto
- ALLEGATO **C**: da utilizzarsi in caso di richiesta di anticipo per l'acquisto della prima casa di abitazione per un figlio a cura dell'iscritto
- ALLEGATO **D**: da utilizzarsi in caso di richiesta di anticipo per interventi edilizi relativi alla prima casa di abitazione a cura dell'iscritto
- ALLEGATI: **E a cura dell'iscritto , F a cura dell'Azienda sanitaria Locale ,** da utilizzarsi in caso di richiesta di anticipo per spese sanitarie, terapie, interventi straordinari
- ALLEGATO **G**: da utilizzarsi in caso di richiesta di anticipo per esigenze personali a cura dell'iscritto
- ALLEGATO **H**: Privacy informativa ai fini liquidativi Fondi Pensione

Allegato A

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
Ai sensi dell'Art.47 del D.P.R. n°445 del 28/12/2000.**

Il/la sottoscritto/a

Cognome e Nome	
Luogo e Data Nascita	Nato a _____ il:
Domicilio Fiscale	Via _____ Città _____ Prov.(_____) Cap _____
Codice Fiscale	_____
Documento di Riconoscimento (allegato)	Tipo _____ Numero _____ Data Rilascio _____ Autorità/Luogo _____

Consapevole delle responsabilità penali previste all'Art. 76 del D.P.R. n°445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazione mendace, dichiara quanto segue:

- In data _____ e' deceduto/a il/la Signor/a _____ e si è aperta successione legale;
- che non esiste alcun testamento del/la Signor/a _____;
- che gli eredi del/la Signor/a _____ sono i seguenti:

1) Cognome e Nome Grado di parentela	Coniuge; Figlio/a ; Fratello/Sorella; Nipote; Altro _____
Luogo e Data Nascita	Nato a _____ il:
Domicilio Fiscale	Via _____ Città _____ Prov.(_____) Cap _____
Codice Fiscale	_____
Documento di Riconoscimento (allegato)	Tipo _____ Numero _____ Data Rilascio _____ Autorità/Luogo _____

1) Cognome e Nome Grado di parentela	Coniuge; Figlio/a ; Fratello/Sorella; Nipote; Altro _____.
Luogo e Data Nascita	Nato a _____ il:
Domicilio Fiscale	Via _____ Città _____ Prov.(_____) Cap _____
Codice Fiscale	_____
Documento di Riconoscimento (allegato)	Tipo _____ Numero _____ Data Rilascio _____ Autorità/Luogo _____

1) Cognome e Nome Grado di parentela	Coniuge; Figlio/a ; Fratello/Sorella; Nipote; Altro _____.
Luogo e Data Nascita	Nato a _____ il:
Domicilio Fiscale	Via _____ Città _____ Prov.(_____) Cap _____
Codice Fiscale	_____
Documento di Riconoscimento (allegato)	Tipo _____ Numero _____ Data Rilascio _____ Autorità/Luogo _____

Il sottoscritto/a allega:

- copia di un proprio documento di riconoscimento valido e copia di un documento di riconoscimento valido di ogni altro avente diritto.
- copia dell'informativa di cui all'Art. 10 della legge 31/12/96 n°675 (Tutela della privacy) con relativo consenso al trattamento (art 48, comma 2, D.P.R 445/2000).

Firma Del Dichiarante

Data _____

Allegato B

ANTICIPAZIONE DEI CONTRIBUTI ACCUMULATI NEL FONDO PENSIONE

PER L'ACQUISTO DELLA PRIMA CASA DI ABITAZIONE

ai sensi del D.Lgs. 27/12/2006 n° 296 e del D.Lgs 05/12/2005 n° 252/05 – art. 11 – comma 7 lettera b

DICHIARAZIONE DELL'ISCRITTO AL FONDO PENSIONE

Il sottoscritto _____ (cognome / nome)
iscritto al Fondo dal _____ (indicare la prima data di contribuzione al Fondo Pensione)

CHIEDE

un'anticipazione dei contributi, come sopra specificato, pari a €. _____,
corrispondente alla spesa sostenuta e documentata (importo max richiedibile 75% del totale maturato
sulla posizione previdenziale).

A tal fine DICHIARA

*dietro personale responsabilità, di non essere uniproprietario né comproprietario di alcun immobile ad
uso abitativo.*

Il sottoscritto dichiara altresì che intende andare ad abitare permanentemente nella casa

- da acquistare
- acquistata
- da costruire
- costruita

*e precisa che la stessa è ubicata in _____ Via _____
n° _____ ove si impegna a prendere la residenza anagrafica, esibendo quanto prima il certificato di
residenza.*

Il sottoscritto, per ottenere l'anticipazione, si impegna a consegnare:

- in caso di acquisto: il compromesso notarile;
- in caso di acquisto da cooperativa: l'atto di assegnazione dell'alloggio attestante l'impegno economico assunto, autenticato da un notaio;
- in caso di costruzione: la licenza di costruzione rilasciata dal Comune e intestata al medesimo.

Inoltre, a completamento della documentazione già presentata, si impegna ad esibire, entro dodici mesi dall'erogazione:

- in caso di acquisto: il rogito;
- in caso di costruzione: la copia della domanda di accatastamento.

In fede.

(firma)

Allegato CANTICIPAZIONE DEI CONTRIBUTI ACCUMULATI NEL FONDO PENSIONEPER L'ACQUISTO DELLA PRIMA CASA DI ABITAZIONE PER UN FIGLIO*ai sensi del D.Lgs. 27/12/2006 n° 296 e del D.Lgs 05/12/2005 n° 252/05 – art. 11 – comma 7 lettera b*

DICHIARAZIONE DELL'ISCRITTO AL FONDO PENSIONE

Il sottoscritto _____ (cognome / nome)
iscritto al Fondo dal _____ (Indicare la prima data di contribuzione al Fondo Pensione)

CHIEDE

un'anticipazione dei contributi, come sopra specificato, pari a €. _____,
corrispondente alla spesa sostenuta e documentata (importo max richiedibile 75% del totale maturato sulla
posizione previdenziale).

A tal fine DICHIARA

*dietro personale responsabilità, che il proprio figlio _____ non è uniproprietario
né comproprietario di alcun immobile.*

Il sottoscritto dichiara altresì che il proprio figlio intende andare ad abitare permanentemente nella casa

- da acquistare
- acquistata
- da costruire
- costruita

*e precisa che la stessa è ubicata in _____ Via _____
n° _____ ove si impegna a prendere la residenza anagrafica, esibendo quanto prima il certificato di
residenza.*

*Il sottoscritto, per ottenere l'anticipazione, si impegna a consegnare la seguente documentazione intestata al
proprio figlio:*

- in caso di acquisto: il compromesso notarile;
- in caso di acquisto da cooperativa: l'atto di assegnazione dell'alloggio attestante l'impegno economico assunto, autenticato da un notaio;
- in caso di costruzione: la licenza di costruzione rilasciata dal Comune.

*Inoltre, a completamento di quanto già presentato, si impegna ad esibire, entro dodici mesi dall'erogazione,
la seguente documentazione intestata al proprio figlio:*

- in caso di acquisto: il rogito;
- in caso di costruzione: la copia della domanda di accatastamento.

In fede.

(firma)

Allegato D

ANTICIPAZIONE DEI CONTRIBUTI ACCUMULATI NEL FONDO PENSIONE
PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI EDILIZI
DI MANUTENZIONE ORDINARIA, STRAORDINARIA, DI RESTAURO
E DI RISANAMENTO CONSERVATIVO PER LA RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA
RELATIVI ALLA PRIMA CASA DI ABITAZIONE

ai sensi del D.Lgs. 27/12/2006 n° 296 e del D.Lgs 05/12/2005 n° 252/05 – art. 11 – comma 7 lettera b

DICHIARAZIONE DELL'ISCRITTO AL FONDO PENSIONE

Il sottoscritto _____ *(cognome / nome)*
iscritto al Fondo dal _____ *(indicare la prima data di contribuzione al Fondo Pensione)*

CHIEDE

un'anticipazione dei contributi, come sopra specificato, pari a € _____, = netti/lrddi, corrispondente alla spesa sostenuta e documentata (importo max richiedibile 75% del totale maturato sulla posizione previdenziale).

A tal fine DICHIARA

dietro personale responsabilità, di dovere realizzare uno degli interventi di cui alle lettere a), b) c) e d) del primo comma dell'articolo 31 della Legge 5 agosto 1978, n° 457, relativamente alla prima casa di abitazione sita in _____ e più precisamente:

- 1 - interventi edilizi di manutenzione ordinaria
- 2 - interventi edilizi di manutenzione straordinaria
- 3 - interventi edilizi di restauro
- 4 - interventi edilizi di risanamento conservativo
- 5 - interventi edili di ristrutturazione edilizia

Il sottoscritto ai fini dell'ottenimento della prestazione si impegna a presentare:

- *il preventivo delle Ditta esecutrice dei lavori,*
- *la prima fattura relativa al pagamento dei lavori*

Il sottoscritto si impegna inoltre ad esibire, entro dodici mesi dalla realizzazione, la restante documentazione giustificativa.

Tale documentazione è quella stabilita ai sensi dell'art.1 – comma 3 della Legge 27/12/97 n° 449 e dell'art. 1 del DI 18/2/98 n. 41, come di seguito specificato:

- comunicazione della data in cui avranno inizio i lavori eventualmente trasmessa al centro servizio imposte dirette e indirette competente e redatta sul modulo approvato dal Decreto Dirigenziale del 6/3/98;
- copia della concessione edilizia , oppure
- copia della autorizzazione edilizia , oppure
- copia della comunicazione di inizio dei lavori;
- dati catastali o in mancanza copia della domanda di accatastamento;
- copia ricevute ICI anno precedente la richiesta;
- copia delibera assembleare e tabella millesimale per lavori al condominio.

In fede.

(firma)

Allegato E

ANTICIPAZIONE DEI CONTRIBUTI ACCUMULATI NEL FONDO PENSIONE

PER SPESE SANITARIE PER TERAPIE ED INTERVENTI STRAORDINARI

ai sensi del D.Lgs. 27/12/2006 n° 296 e del D.Lgs 05/12/2005 n° 252/05 – art. 11 – comma 7 lettera a

DICHIARAZIONE DELL'ISCRITTO AL FONDO PENSIONE

Il sottoscritto _____ (cognome / nome)
iscritto al Fondo dal _____ (Indicare la prima data di contribuzione al Fondo Pensione)

CHIEDE

un'anticipazione dei contributi, come sopra specificato, pari a €. _____.,
corrispondente alla spesa sostenuta e documentata (importo max richiedibile 75% del totale maturato sulla
posizione previdenziale).

A tal fine DICHIARA

**dietro personale responsabilità, di avere necessità di sottoporsi a terapie / interventi
straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche.**

Il sottoscritto si impegna ad esibire, in via preventiva, la dichiarazione della AZIENDA SANITARIA
LOCALE competente e, in via posticipata, la documentazione rilasciata dall'Ospedale o dalla Casa di Cura o
dal medico a testimonianza della avvenuta prestazione sanitaria entro e non oltre dodici mesi dalla
erogazione.

Nel rispetto della Normativa prevista dalla legge 31/12/96 n. 675 (Tutela della Privacy).

In fede.

_____,
Luogo

Data

(firma)

Allegato F

Dichiarazione rilasciata dalla AZIENDA SANITARIA LOCALE

al Fondo Pensione

ai sensi del D.Lgs. 27/12/2006 n° 296 e del D.Lgs 05/12/2005 n° 252/05 – art. 11 – comma 7 lettera b

In relazione alla domanda presentata dal Vostro iscritto sig./sig.ra
_____ in data _____ tesa
ad ottenere l'anticipazione di contributi accumulati nel Fondo ai sensi del D.lgs. 21/4/93 n° 124, art. 7 –
comma 4, e della Legge 17/5/99 n° 144, art. 58, comma 8

si riconosce (o si prescrive)

che lo/la stesso/a ha necessità di sottoporsi ad un intervento per: _____
_____ o dovrà
sostenere spese sanitarie per terapie aventi carattere di straordinarietà

timbro e firma

(modulo utilizzabile per la richiesta relativa all'allegato E)

Allegato G**ANTICIPAZIONE DEI CONTRIBUTI ACCUMULATI NEL FONDO PENSIONE**

ai sensi del D.Lgs. 27/12/2006 n° 296 e del D.Lgs 05/12/2005 n° 252/05 – art. 11 – comma 7 lettera c

DICHIARAZIONE DELL'ISCRITTO AL FONDO PENSIONE

Il sottoscritto _____ (*cognome / nome*)
iscritto al Fondo dal _____ (*Indicare la prima data di contribuzione al Fondo Pensione*)
(*NB: opzione possibile solo dopo 8 anni di iscrizione al Fondo Pensione*).

CHIEDE

un'anticipazione dei contributi per esigenze personali, pari a € _____,
(importo massimo richiedibile 30% della posizione totale maturata).

Nel rispetto della Normativa prevista dalla legge 31/12/96 n. 675 (Tutela della Privacy).

In fede.

Luogo_____
Data_____
(firma)

ALLEGATO H (all.riq.6)

Oggetto: Polizza n° _____ / _____ Contraente: _____
(ramo numero contratto)

Iscritto: _____ / _____ Nato il: _____
(numero testa) (Cognome Nome)

0 INFORMATIVA PER FINALITÀ LIQUIDATIVE SU FONDI PENSIONE

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (in seguito denominato Codice), e in relazione ai dati personali che Lei ci fornisce, La informiamo di quanto segue.

- 1) Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali comuni da Lei forniti ha unicamente lo scopo di consentire alla nostra Società di effettuare pagamenti conseguenti a contratti su fondi pensione. In particolare, il trattamento è relativo alla gestione amministrativa dei dati, comprese le rilevazioni e le registrazioni contabili, nonché all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie, ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da Organi di vigilanza e controllo.
- 2) I dati sono trattati dalla nostra Società, Unipol Assicurazioni S.p.A., con sede in Bologna Via Stalingrado, 45, Titolare del trattamento, solo con le modalità e procedure, anche informatiche, necessarie per la finalità indicata e sempre in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati personali.
- 3) I dati personali non saranno trasferiti all'estero o diffusi, se non in adempimento di obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria, ovvero in base a disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da Organi di vigilanza o controllo. Potranno essere comunicati ad altri soggetti (banche ed istituti di credito), che operano come autonomi titolari, per l'effettuazione delle operazioni di pagamento. Potranno inoltre essere comunicati ad ANIA ed alle imprese assicuratrici per finalità di tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi.
- 4) Il conferimento da parte Sua dei dati personali è necessario per effettuare pagamenti conseguenti a contratti su fondi pensione. In caso di Suo rifiuto potremmo non essere in grado di disporre il pagamento.
- 5) La normativa sulla privacy (artt. 7-10 del D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso in cui i dati siano trattati in violazione di legge, a chiederne la cancellazione.
 Titolare del trattamento è Unipol Assicurazioni S.p.A. – Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (BO)
www.unipol.it
 Il Responsabile per il riscontro agli interessati è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. – Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (BO); e-mail: privacy@unipolgf.it.
 Per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco di coloro che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili potrà consultare il sito www.unipol.it o rivolgersi al suddetto Responsabile per il riscontro.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto da Unipol Assicurazioni s.p.a. l'informativa privacy, sopra descritta, prevista dall' art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 196/2003) anche in nome e per conto degli altri interessati, di impegnarsi a consegnarne loro una copia e di acconsentire al trattamento nei limiti e per le finalità indicate nell'informativa.

Data

Firma del Dichiarante
