



Fondo Pensione complementare per i dipendenti delle imprese di servizi di pubblica utilità
Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 100

MODULO RISCATTO MOTIVAZIONI VOLONTARIE

(dimissioni, licenziamento, passaggio a dirigente, variazione CCNL, ...)

IL SOTTOSCRITTO

CODICE FISCALE

RESIDENTE A

PROVINCIA

C.A.P.

VIA

N°

Recapiti

CELLULARE

E-MAIL

Consenso all'invio di tutta la documentazione via email

Barra questa casella se vuoi ricevere solo via email tutte le comunicazioni del fondo

DICHIARA CHE

la data di cessazione dell'attività lavorativa è stata il ____ / ____ / ____ e di non essere al momento dipendente di un'azienda iscritta a Pegaso o che in base a quanto previsto dallo Statuto del fondo pensione potrebbe esserlo

CHIEDE

- IL RISCATTO totale per perdita dei requisiti di partecipazione
- IL RISCATTO parziale per perdita dei requisiti di partecipazione nella misura del (barrare una sola casella):
- 50% 75% 95%

Il riscatto parziale può essere esercitato una sola volta in relazione allo stesso rapporto di lavoro.

- IL RISCATTO parziale al 50% per inoccupazione superiore ad 1 anno
- IL RISCATTO totale per inoccupazione superiore a 4 anni



DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- Copia documento di identità
- In caso di inoccupazione superiore ad 1 anno o a 4 anni certificato del centro per l'impiego o dichiarazione sostitutiva di atto notorio

Dovrai inviare la tua richiesta per posta a: PEGASO, Via Savoia 82, 00198 Roma

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 2016/679, Fondo PEGASO, con sede in Via Savoia, 82 - 00198 Roma, Titolare del trattamento, ad integrazione dell'informativa già conferita, La informa che il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per la gestione della sua richiesta di riscatto della sua posizione individuale per motivazioni volontarie; il conferimento dei dati è necessario per perseguire le finalità menzionate. La informiamo che potrà esercitare i suoi diritti in qualità di interessato scrivendo una mail a fondopegaso@protectiontrade.it. L'informativa completa sul trattamento dei dati personali potrà essere visionata nella sezione privacy del sito web <http://www.fondopegaso.it/>

DATA



FIRMA DELL'ADERENTE

CONTRIBUTI NON DEDOTTI NON ANCORA COMUNICATI

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che, della complessiva somma versata al Fondo Pegaso, l'importo di Euro _____ non è stato/non sarà portato in deduzione in sede di dichiarazione dei redditi per l'anno _____.

CONFERMA DELLA CESSAZIONE DA PARTE DELL'AZIENDA

Non occorre compilare questa sezione se l'Azienda ha già comunicato la cessazione

SOCIETÀ

REFERENTE

TELEFONO

E-MAIL

conferma che il dipendente è cessato per motivazioni volontarie in data ___/___/_____

L'ultimo versamento dei contributi a Pegaso per il lavoratore è stato eseguito o sarà eseguito in data: _____ / _____ / _____

Solo per coloro che prima del 28/04/93 erano iscritti a fondi di previdenza complementare indicare:

Aliquota applicata sul TFR _____ %

DATA



TIBRO E FIRMA AZIENDA

IBAN SU CUI EFFETTUARE IL PAGAMENTO

IL SOTTOSCRITTO

CODICE FISCALE

I	T																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODICE PAESE

CIN

ABI (5 CIFRE)

CAB (5 CIFRE)

NUMERO CONTO CORRENTE (12 CIFRE)

Il sottoscritto è consapevole che in base alla **normativa PSD (nuova Direttiva Europea sui Servizi di Pagamento)**, l'errata indicazione potrà determinare la mancata o l'inesatta esecuzione del bonifico, senza responsabilità per la banca del beneficiario e il Fondo Pensione PEGASO, qualora la somma venisse accreditata sul conto corrente di un soggetto diverso dall'effettivo beneficiario.

DATA

 **FIRMA DELL'ADERENTE**

NEL CASO DI CONTO CORRENTE INTESTATO A PERSONA DIVERSA DALL'ADERENTE, COMPILARE LA DICHIARAZIONE DI SEGUITO.

Il conto sopra indicato è intestato a

COGNOME _____ **NOME** _____

CODICE FISCALE _____

DATA DI NASCITA _____ **LUOGO DI NASCITA** _____

DATA

 **FIRMA DELL'ADERENTE**

 **FIRMA INTESATARIO DEL CONTO**



Fondo Pensione complementare per i dipendenti delle imprese di servizi di pubblica utilità
Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 100

MODULO DI AUTORIZZAZIONE AL RISCATTO TOTALE IN PRESENZA DI ANOMALIE / OMISSIONI CONTRIBUTIVE

IL SOTTOSCRITTO

CODICE FISCALE

RESIDENTE A

PROVINCIA

C.A.P.

VIA

N°

Recapiti

CELLULARE

E-MAIL

dichiaro, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la mia esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. Sono 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.

DICHIARO

- di essere a conoscenza delle anomalie contributive imputabili all'azienda
- di essere a conoscenza che, riscattando la posizione accantonata presso PEGASO, perdo il mio diritto ad avanzare la richiesta di intervento, sulla posizione di previdenza complementare, del Fondo di Garanzia INPS di cui all'art.5 del D.lgs. 80/92.

AUTORIZZO

il Fondo PEGASO a procedere con la liquidazione dei contributi regolarmente versati dall'Azienda alla data di presentazione della richiesta di riscatto, fermo restando che il Fondo provvederà alla liquidazione di tutte le spettanze che dovessero essere versate in futuro a mio nome dall'Azienda.

Per quanto riguarda i contributi dovuti dall'Azienda e non versati permarrà il mio diritto di rivalsa nei confronti dell'Azienda stessa.

DATA



FIRMA DELL'ADERENTE