



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 MOBILITÀ

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

CHIEDE

il RISCATTO parziale al 50% per procedura di mobilità

il RISCATTO totale per perdita dei requisiti di partecipazione a seguito di una procedura di mobilità

il RISCATTO totale per inoccupazione superiore a 4 anni



### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- Copia documento di identità
- In caso di inoccupazione superiore 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 Pensione 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 per mobilità; 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](mailto: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 a seguito di una procedura di mobilità 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**





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

