

PROMÉTHEIA

Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n.1181

MODULO DI RICHIESTA LIQUIDAZIONE

1. ADERENTE

Cognome _____ Nome _____

Cod. fiscale _____ Sesso M F

Data di nascita ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia ()

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Tel. ____/____

E-mail _____

Domiciliato in _____ Via _____ CAP _____

(solo se diverso da residenza)

Tipologia di Iscrizione alla previdenza complementare

prima del 28/4/1993 (VECCHI ISCRITTI)

dopo il 28/4/1993 (NUOVI ISCRITTI)

Cessazione del rapporto di lavoro con la Società _____ dal _____

2. MOTIVAZIONI E OPZIONE SCELTA

A. cessazione dell'attività lavorativa e stato di inoccupazione

per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi (**riscatto del 50%**)

per un periodo di tempo superiore a 48 mesi (**riscatto del 100%**)

B. invalidità permanente con riduzione della capacità di lavoro a meno di 1/3 (**riscatto del 100%**)

C. ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria/straordinaria (**riscatto del 50%**)

D. cessazione dell'attività lavorativa, con conseguente perdita dei requisiti di partecipazione alla forma pensionistica ai sensi dell'art. 12

comma 2 lett. d) dello Statuto e dell'art. 14 comma 5 del D. Lgs 252/05

riscatto del 100%

riscatto parziale del%

E. maturazione dei requisiti di accesso al pensionamento nel regime obbligatorio di appartenenza, ma con adesione alla previdenza

complementare inferiore a 5 anni (**riscatto del 100%**)

I dati fiscali per i versamenti effettuati prima del 31.12.2000 (se presenti) sono i seguenti:

- il versamento a carico dipendente di ciascun anno HA SUPERATO il 4% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR per Euro _____
- l'aliquota di tassazione del TFR si sensi dell'art. 19 del TUIR _____ % (solo per vecchi iscritti)
- l'importo totale delle riduzioni annue spettanti al Fondo per le quote di TFR è pari a Euro _____

Data ___/___/_____

Timbro e Firma Azienda _____

L'aderente allega al presente modulo la seguente documentazione:

- **fotocopia del documento d'identità in corso di validità;**
- documento aggiornato, rilasciato dal centro dell'impiego attestante l'**inoccupazione (opzione A)**;
- riconoscimento dello stato da parte degli enti preposti (**certificato di invalidità**) con verbale attestante la percentuale di invalidità (**opzione B**);
- copia della certificazione che attesti la maturazione dei requisiti di accesso alla prestazione pensionistica nel regime obbligatorio di appartenenza (**opzione F**);
- liberatoria al pagamento della liquidazione *timbrata e firmata dalla/e società finanziaria/e (in caso di posizione vincolata da contratto di finanziamento).*