

1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'aderente, la residenza indicata verrà utilizzata per i conteggi fiscali e la corrispondenza connessa)

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ____ / ____ / ____

Comune di nascita: _____ Prov: () Cel.: _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: ()

2. OPZIONE PRESCELTA per l'erogazione della posizione individuale (compilazione a cura dell'aderente)

PER CIASCUNA SEZIONE SELEZIONARE UNA DELLE OPZIONI INDICATE

A.	PERCENTUALE DEL "MONTANTE" MATURATO DA DESTINARE ALLA RENDITA INTEGRATIVA TEMPORANEA ANTICIPATA	<input type="checkbox"/>	100% (INTERA POSIZIONE)
		<input type="checkbox"/>% (ALTRO - SPECIFICARE LA PERCENTUALE)
B.	COMPARTO DI GESTIONE DEL "MONTANTE" DA DESTINARE ALLA RENDITA INTEGRATIVA TEMPORANEA ANTICIPATA	<input type="checkbox"/>	NESSUNA MODIFICA RISPETTO ALLA SITUAZIONE ATTUALE
		<input type="checkbox"/>	COMPARTO PIU' PRUDENTE DEL FONDO
C.	FREQUENZA DI EROGAZIONE DELLA RENDITA INTEGRATIVA TEMPORANEA ANTICIPATA	<input type="checkbox"/>	FRAZIONAMENTO TRIMESTRALE
		<input type="checkbox"/>	FRAZIONAMENTO SEMESTRALE
		<input type="checkbox"/>	FRAZIONAMENTO ANNUALE

3. ATTESTAZIONE DEI REQUISITI DI LEGGE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente)

Data di maturazione dei diritto ad ottenere la pensione di vecchiaia nel regime obbligatorio di appartenenza: dal / /

4. COORDINATE BANCARIE PER ACCREDITO RICORRENTE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente)

Codice **IBAN** : _____
(compilare INTEGRALMENTE)

Cod.Paese Cod.Controllo CIN ABI (5 caratteri numerici) CAB (5 caratteri numerici) Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)

Banca e Filiale: _____ Intestato a: _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta (si vedano a questo riguardo maggiori indicazioni nella pagina seguente di istruzioni). E' 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.

Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CU, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo entro la scadenza di Legge dell'anno successivo a quello di pagamento e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro quindici giorni dalla scadenza annuale di Legge per la trasmissione. Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare al Fondo eventuali variazioni di indirizzo, rispetto a quello di residenza indicato, al quale spedire la Certificazione Unica..

Data Compilazione: / / Firma: _____

5. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

Data cessazione attività lavorativa: / / Firma: _____

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata. L'IMPORTO DELLA RATA POTRÀ SUBIRE VARIAZIONI, ANCHE IN NEGATIVO, IN CONSEGUENZA DELL'ANDAMENTO DEI MERCATI FINANZIARI. È CONSIGLIATO SCEGLIERE OPZIONI DI INVESTIMENTO COERENTI CON IL RIDOTTO ORIZZONTE TEMPORALE RESIDUO.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previdita S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alterazione, nonché ogni ulteriore diritto derivante dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento non può essere copiato, diffuso o riprodotto, né alterato, modificato, o modificato, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previdita S.p.A.

Il diritto alla prestazione anticipata (RITA) si acquisisce in caso di cessazione del rapporto di lavoro con 20 anni di contributi nel regime obbligatorio di appartenenza se mancano non più di 5 anni alla maturazione dell'età per la pensione di vecchiaia. In caso di inoccupazione superiore a 24 mesi la RITA è accessibile con un anticipo di 10 anni (a prescindere da requisiti contributivi)

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

1. DATI DELL'ADERENTE

NELLA SEZIONE INIZIALE DEVONO ESSERE RIPORTATI I DATI ANAGRAFICI DELL'ADERENTE

2. OPZIONE PRESCELTA

INDICARE LA PERCENTUALE DELLA POSIZIONE ACCUMULATA CHE SI VUOLE OTTENERE A TITOLO DI RITA NONCHÉ LA PERIODICITÀ DELL'EROGAZIONE

2a COMPARTO DEDICATO ALLE QUOTE DA EROGARSI A TITOLO DI RITA

LE QUOTE DA EROGARSI A TITOLO DI RITA SARANNO INVESTITE NEL **COMPARTO ASSICURATIVO SE NON GIÀ PRESENTI** E DISINVESTITE DI VOLTA IN VOLTA A SECONDO DELLA CADENZA PERIODICA PREVISTA PER L'EROGAZIONE FRAZIONATA, SALVO CHE L'ADERENTE NON INDICHI ESPRESSAMENTE NELLA SEZIONE UNA DIVERSA SCELTA.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- documento d'identità
- cessazione dell'attività lavorativa

e uno dei due documenti seguenti a seconda della situazione personale:

- attestazione requisito maturazione dei 20 anni di contributi nel regime obbligatorio di appartenenza
- inoccupazione superiore a 24 mesi (es. certificazione centro per l'impiego)

AVVERTENZE:

IN CASO DI RICHIESTA DI RITA IN FORMA PARZIALE LA PARTE RESIDUA DELLA POSIZIONE CONTINUERÀ AD ESSERE GESTITA NELLA MANIERA ORDINARIA CON LE PREROGATIVE TIPICHE AMMESSE DALLA NORMATIVA VIGENTE.

IL PRESENTE MODULO VA INVIATO VIA EMAIL A : DIPENDENTI@FONDOPENSIONEIBM.IT

OPPURE TRAMITE POSTA INTERNA IBM: MI SEG 100 OVVERO TRAMITE POSTA ESTERNA: VIA ROMA 15 – 20090 SEGRATE MI