



Fondo Pensione Complementare a Capitalizzazione per i lavoratori dipendenti dell'industria della ceramica e di materiali refrattari

Sede legale e amministrativa:
Via F. Cavallotti 106 - 41049 Sassuolo (MO)
Tel: 0536 980420 - Fax: 0536 980421
e-mail: info@foncer.it - PEC: foncer@legalmail.it
sito Internet: www.foncer.it

RICHIESTA PRESTAZIONE PENSIONISTICA RENDITA/CAPITALE

CON PIU' DI 5 ANNI DI ISCRIZIONE AL FONDO

(da compilare a cura dell' iscritto)

► DATI DELL'ADERENTE

Cognome

Nome Sesso M F

Codice fiscale Data di nascita - -

Luogo di nascita Provincia

Indirizzo di residenza Num. Civico

Comune CAP Provincia

Cellulare Prima iscrizione a Foncer (obbligatorio): / /

CHIEDO L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTA

opzione A: **100% RENDITA**

opzione B: _____ % **CAPITALE** _____ % **RENDITA** (in capitale fino al massimo del 50%)

In caso di richiesta di prestazione in forma di rendita, sarà necessario compilare anche l'ulteriore modulistica prevista dalla compagnia di assicurazione interessata, che sarà inviata a cura del Fondo. All'interno di tale modulistica si indicheranno la tipologia, la periodicità, il tasso tecnico e gli eventuali reversiónari della rendita.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni riportare nel presente modulo sono esatte e complete e si impegna a comunicare tempestivamente al fondo Foncer qualunque variazione relativa all'indirizzo, alla residenza o alle coordinate bancarie o postali.

► ACCREDITO (solo per l'opzione B)

IBAN

Intestato a
Nome e Cognome (in stampatello, leggibile)

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' E DEL CODICE FISCALE DELL'ISCRITTO

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' E DEL CODICE FISCALE DEL REVERSIONARIO O BENEFICIARIO DESIGNATO

Data - -

Firma dell' aderente

MODULO DI APERTURA DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA PER OGNI SINGOLO BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA IN FORMA DI RENDITA

CONTRAENTE

DENOMINAZIONE	Codice Fiscale	
INDIRIZZO	n° civico	
LOCALITA'	Prov.	Cap
REFERENTE	Tel.	
Data decorrenza rendita **	e-mail	

DATI PERSONALI DELL' ASSICURATO

Cognome	Nome	Sesso (M/F)
Nato a	Prov.	il __ / __ / ____
Residente a	Prov.	Cap
Via	Tel.	
Codice Fiscale	e-mail	
Documento di riconoscimento:		
<input type="checkbox"/> carta d'identità <input type="checkbox"/> patente <input type="checkbox"/> passaporto <input type="checkbox"/> porto d'armi <input type="checkbox"/> tessera ministeriale		
n° _____ rilasciato da _____ luogo e data _____		

In relazione alla scelta effettuata di : % RENDITA,

L'ASSICURATO RICHIEDE :

(In caso di scelta totale o parziale della prestazione in rendita, barrare la RENDITA VITALIZIA RIVALUTABILE scelta)

1	<input type="checkbox"/> RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico
2	<input type="checkbox"/> RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico certa *per 5 anni e successivamente vitalizia * (vedi beneficiari designati)
3	<input type="checkbox"/> RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico certa *per 10 anni e successivamente vitalizia *(vedi beneficiari designati)
4	<input type="checkbox"/> RENDITA vitalizia immediata reversibile a premio unico con uno o più reversionari , con la facoltà dell'aderente di optare per una percentuale di reversibilità <input type="text"/> % (compresa tra il tra il 50% e il 100%) ° (vedi reversionario)
5	<input type="checkbox"/> RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico con controassicurazione in caso di decesso dell'assicurato * (vedi beneficiari designati)

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
 Capitale Sociale i.v. Euro 1.996.129.451,62 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

PERIODICITA' DELLA RENDITA

1 annuale 2 semestrale 3 quadrimestrale 4 trimestrale 5 bimestrale 6 mensile

SCELTA TASSO TECNICO

0% 1% 2% 2,5% ,

MODALITA' DI PAGAMENTO RATE DI RENDITA

COORDINATE BANCARIE

Accredito sul c/c _____ presso Banca _____ contraddistinto dalle seguenti coordinate IBAN :
 codice IBAN _____
 Intestato a _____

*** DATI PERSONALI DEL BENEFICIARIO O REVERSIONARIO**

Cognome	Nome	Sesso (M/F)
Nato a	Prov.	il ___ / ___ / ___
Residente a	Prov.	Cap
Via	Tel.	
Codice Fiscale	e-mail	

Documento di riconoscimento:

carta d'identità , patente , passaporto, porto d'armi , tessera ministeriale,

n° _____ rilasciato da _____ luogo e data _____

COORDINATE BANCARIE

Accredito sul c/c _____ presso Banca _____ contraddistinto dalle seguenti coordinate IBAN :
 codice IBAN _____
 Intestato a : _____

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

NOTE

Il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria esclusiva responsabilità è consapevole 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 CUD, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo /Compagnia in convenzione, unitamente alle comunicazioni e ai conteggi di liquidazione della prestazione previdenziale.

Firma dell'assicuratodata

Firma del responsabile del Fondo Pensionedata

***ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

- ✓ °**REVERSIONARI** : in caso di scelta della rendita **REVERSIBILE** indicare i dati della persona destinataria della rendita reversibile (i reversionari indicati all'atto della presente richiesta non sono successivamente modificabili).
- ✓ ***BENEFICIARI**: in caso di scelta delle rendite certa 5 o certa 10 anni indicare i dati della persona destinataria della rendita per il periodo residuo , in caso di decesso del percettore prima dei 5 o 10 anni . Il beneficiario può essere modificato in qualsiasi momento e l'ultima designazione sostituisce tutte le precedenti.
In caso di rendita vitalizia immediata rivalutabile a premio unico con controassicurazione, il beneficiario può essere modificato dall'assicurato in qualsiasi momento e l'ultima designazione sostituisce tutte le precedenti. Qualora i beneficiari/reversionari fossero più di uno (compilare un modulo per ogni beneficiario), in assenza di quota in percentuale si ripartirà in parti uguali.
- ✓ **Allegare copia del documento d'identità e del codice fiscale del percettore, del beneficiario o del reversionario.**
- ✓ ****Data decorrenza rendita è la data in cui è stata richiesta al Fondo l'attivazione di rendita per la determinazione della data effetto erogazione (vedi art.5 pagamento rendita in convenzione).**
- ✓ **Compilare e firmare il modulo in allegato per il trattamento dei dati (privacy).**

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Unipol
GRUPPO

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.996.129.451,62 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it