

# RICHIESTA DI RISCATTO DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE

**Spettabile  
Fondo Pensione dei Dirigenti delle  
Imprese del Gruppo Unipol  
Via Stalingrado, 45  
40128 Bologna (BO)**

## L'ISCRITTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Dipendente della Società \_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nato a \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **Indirizzo di residenza**

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

### **Domicilio (se diverso dall'indirizzo di residenza)**

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**avendo**

Risolto il rapporto di lavoro con l'Azienda \_\_\_\_\_

in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ senza aver maturato il diritto al trattamento di pensione a carico della previdenza

obbligatoria

**chiede**

**il riscatto parziale (nella misura del 50%) della propria posizione individuale a seguito di:**

- ricorso da parte dell'Azienda a procedure di mobilità
- cessazione del rapporto di lavoro con conseguente inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi

**il riscatto totale della propria posizione individuale a seguito di:**

- invalidità permanente che abbia comportato la riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo
- cessazione del rapporto di lavoro con conseguente inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi

**(per le precedenti due casistiche l'evento non si deve verificare nei cinque anni precedenti la maturazione del diritto al trattamento pensionistico a carico della previdenza obbligatoria)**

**Il riscatto a seguito di cessazione del rapporto di lavoro senza aver maturato i requisiti per il diritto alla pensione complementare (dimissioni o licenziamento)**

- nella misura del 30% della propria posizione individuale
- nella misura del 50% della propria posizione individuale
- nella misura del 100% della propria posizione individuale

**(l'opzione del riscatto parziale nella misura del 30% o del 50% è consentita per non più di due volte consecutive)**

**comunica**

che l'importo del riscatto dovrà essere accreditato sul c/c di seguito specificato:

codice IBAN \_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_

presso l'Istituto di Credito \_\_\_\_\_

filiale/Agenzia \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_

**allega**

fotocopia di un documento di identità e del codice fiscale

**Luogo e data**

**Firma**

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Spettabile  
**UnipolSai Assicurazioni S.p.A.**  
Spettabile  
**Fondo Pensione dei Dirigenti delle Imprese  
del Gruppo Unipol**

**Oggetto: Riscatto della posizione individuale**

Al fine di consentire al Fondo Pensione dei Dirigenti delle Imprese del Gruppo Unipol di procedere alla liquidazione  
in un'unica soluzione del riscatto della posizione individuale

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nato a \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Indirizzo di residenza**

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Domicilio (se diverso dall'indirizzo di residenza)**

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

in qualità di beneficiario/a,

**autorizza**

la Società UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ad accreditare l'importo del riscatto della posizione individuale maturata a  
tutto il 31/12/2000, sul conto corrente del Fondo Pensione dei Dirigenti delle Imprese del Gruppo Unipol che lo  
incasserà per suo conto

**dichiara**

che a seguito di tale pagamento UnipolSai Assicurazioni S.p.A. avrà assolto ogni obbligo nei suoi confronti.

**Luogo e data**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_