MODULO DA UTILIZZARE IN CASO DI CESSAZIONE DAL RAPPORTO DI LAVORO A SEGUITO DI ADESIONE AL FONDO DI SOLIDARIETÀ

RACCOMANDATA A. R.
(anticipata via fax al n. 06-88.291.271)

Spettabile
FONDO PENSIONI DEL GRUPPO SANPAOLO IMI
c/o **SERVIZI PREVIDENZIALI S.p.A.**
Piazza Fernando De Lucia, 15
00139 R O M A RM

Il/La sottoscritto/a _____ cod. iscritto _____ (*indicazione facoltativa*)

residente in _____Via _____ n. ____ CAP _____

telefono _____ codice fiscale_____

indirizzo mail _____con cessazione dal rapporto di lavoro in data _____

PRESO ATTO

della vostra comunicazione del _____ e del contenuto delle intese collettive del Gruppo Intesa Sanpaolo, a seguito dell'adesione al FONDO DI SOLIDARIETA'

CHIEDE

in relazione alla posizione previdenziale maturata presso codesto Fondo (barrare l'opzione prescelta):

☐ **IL MANTENIMENTO DELL'INTERA POSIZIONE PRESSO IL FONDO** sino alla maturazione del diritto alla prestazione base, ed anche oltre la maturazione di tale diritto, anche in assenza di contribuzione, e comunque con facoltà di determinare autonomamente il momento del relativo riscatto

☐ **IL TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE AD ALTRO FONDO DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE** (indicare i seguenti dati)

Fondo di destinazione _____
(denominazione)

Sede in _____ prov. _____ Corso/Via _____ n. _____

C.A.P. _____ Telefono _____ fax _____ e-mail _____

Referente _____ altri dati _____

oppure

☐ **IL RISCATTO CONTESTUALE DELL'INTERA POSIZIONE PREVIDENZIALE MATURATA SECONDO LA SEGUENTE RIPARTIZIONE:** • **PER MOBILITA' (50%)** • **PER CAUSE DIVERSE (50%)**	☐ **IL RISCATTO PARZIALE PER MOBILITA' (50%) DELLA POSIZIONE PREVIDENZIALE MATURATA** **ED IL MANTENIMENTO DELLA PARTE RESIDUA (50%)** sino alla maturazione del diritto alla prestazione base, ed anche oltre la maturazione di detto diritto, anche in assenza di contribuzione, e comunque con facoltà di determinare autonomamente il momento del relativo riscatto

Compilare per consentire l'accredito della posizione previdenziale riscattata:

COORDINATE BANCARIE

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza a versare quanto di pertinenza, sulle seguenti coordinate bancarie a me intestate:

COD. IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dichiaro infine, sotto la mia personale responsabilità, che la scelta sopra espressa è da considerarsi irrevocabile.

Data, ____ / ____ / _____ Firma _____

NOTE:

- Il presente modulo deve essere inoltrato con lettera raccomandata entro 30 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro qualora sia esercitata l'opzione di mantenimento dell'intera posizione, di trasferimento, di riscatto parziale per mobilità con mantenimento della parte residua.
  In caso di mancato invio si intende esercitata l'opzione di riscatto contestuale dell'intera posizione previdenziale maturata.
- Qualora si intenda mantenere la propria posizione, incrementandola con apporti contributivi a proprio carico, è necessario contattare direttamente il Fondo Pensioni del Gruppo Sanpaolo Imi per i conseguenti adempimenti.