



Fondo Scuola Espero

DA INVIARE A FONDO SCUOLA ESPERO

Via Cavour, 310 – 00184- Roma

MODULO RICHIESTA RISCATTO DIPENDENTI PUBBLICI

1. DATI DELL'ISCRITTO

Cognome:

Nome:

Codice Fiscale:

Data di nascita: / /

Comune di nascita:

Provincia: () Telefono:

Mail:

Comune di residenza

Indirizzo di residenza:

CAP: Provincia ()

2. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

L'iscritto ha cessato l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo per:

- A.** Pensionamento
B. Scadenza contratto, licenziamento, ecc...
C. Inabilità, mobilità, fondo esuberi, fallimento e per altre cause indipendenti dalla volontà delle parti
D. Decesso

Contributi non dedotti non ancora comunicati: €

3. COORDINATE BANCARIE o ASSEGNO

| PAESE | CODICE CONTROLLO | CIN | CODICE ABI | CODICE CAB | NUMERO CONTO CORRENTE |
|-------|------------------|-----|------------|------------|-----------------------|
| | | | | | |

Intestato a:

Banca e Filiale:

Nota Bene:

- Nel caso in cui non venga fornito il codice IBAN completo di 27 caratteri, la liquidazione verrà effettuata a mezzo Assegno Circolare Non Trasferibile (il costo di emissione e le spese di consegna saranno decurtati dall'importo da liquidare)
- Non è possibile effettuare bonifici sul libretto di risparmio postale

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere a conoscenza dei requisiti previsti dallo Statuto del Fondo Pensione per l'esercizio dell'opzione prescelta e che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.

Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato la Certificazione Unica, nonché i conteggi di liquidazione della posizione previdenziale (nei casi di richiesta diversa dal trasferimento della posizione individuale) e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione degli stessi.

Data Compilazione: / / *

Firma: _____

* si ricorda che la data di compilazione del modulo deve essere successiva alla data di cessazione dell'attività, pena la nullità della domanda

4. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

Data cessazione attività: / /

Timbro e firma del datore di lavoro: _____

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano il rigetto della domanda presentata.

Le spese di gestione della pratica ammontano ad € 10,50.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

1. DATI DELL'ISCRITTO (compilazione e sottoscrizione a cura dell'iscritto o dei beneficiari di legge)

Nella sezione iniziale devono essere riportati i dati anagrafici dell'iscritto anche in caso di **decesso** del medesimo. In quest'ultimo caso il presente modulo deve essere **sottoscritto da uno degli aventi diritto al riscatto** ed inoltrato al Fondo Pensione unitamente alla dichiarazione allegata, sottoscritta in originale, riportante i dati anagrafici completi del/i richiedente/i e le coordinate bancarie per effettuare il bonifico di pagamento. In caso di decesso dell'iscritto devono presentare domanda di riscatto i beneficiari previsti dalla normativa sui fondi pensione: coniuge o figli o genitori fiscalmente a carico; solo in loro assenza, presentano domanda di riscatto i beneficiari designati.

2. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI (compilazione e sottoscrizione a cura dell'iscritto o dei beneficiari di legge)

Le quattro opzioni consentite sono tra loro alternative. Qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato. Per avere maggiori dettagli sulla fiscalità applicabile alle prestazioni erogate dai fondi pensione si può fare riferimento alla Circolare 29/E del 20/3/2001 dell'Agenzia delle Entrate.

- A) PENSIONAMENTO** - l'iscritto ha i requisiti per percepire la pensione erogata dal regime obbligatorio di appartenenza.
- B) Scadenza contratto, licenziamento ecc.** - Si ricorda che il cambiamento dell'attività lavorativa assume rilevanza nel solo caso di passaggio a settore diverso da quelli previsti per l'iscrizione al Fondo Pensione.
- C) Inabilità, mobilità, fondo esuberi ecc.** - Riguarda le cessazioni del rapporto di lavoro per cause indipendenti dalla volontà delle parti ed è un'informazione influente sul regime fiscale applicabile.
- D) DECESSO** - Il decesso dell'iscritto va segnalato dai beneficiari

Contributi non dedotti - Ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 47/2000, entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla vigente normativa. Qualora l'iscritto maturi il diritto alla prestazione prima del 30 settembre, la comunicazione deve essere resa contestualmente alla presente richiesta, indicando l'intero ammontare dei contributi non dedotti versati al Fondo Pensione che non sono già stati comunicati in precedenza (si ricorda che non devono essere indicati gli eventuali contributi versati a favore di familiari fiscalmente a carico).

3. COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'iscritto o dei beneficiari di legge)

Deve essere indicato il codice IBAN completo composto da 27 caratteri alfanumerici per la corretta disposizione del bonifico. In mancanza del codice IBAN o dell'errata indicazione, non sarà possibile per la Banca eseguire il pagamento con bonifico e, pertanto, la liquidazione sarà effettuata a mezzo assegno circolare non trasferibile (il costo di emissione e le spese di consegna saranno decurtati dall'importo da liquidare). Non è possibile effettuare bonifici sui libretti di risparmio postali in quanto il loro codice IBAN viene riconosciuto dal circuito ABI solo per i pagamenti di pensioni e stipendi. In caso di decesso dell'iscritto i beneficiari devono comunicare le coordinate bancarie nel modulo per essi previsto.

4. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA (compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

Data cessazione - è la data in cui cessa l'attività lavorativa richiesta per la partecipazione al Fondo.



Fondo Scuola Espero

La documentazione che segue va inviata al Fondo Espero dagli eredi solo in caso di decesso dell'iscritto

DATI PERSONALI DEI BENEFICIARI

CONIUGE BENEFICIARIO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|
| Cognome: | | | | | | | | | | Nome: | | | | | | | | | |
| Codice Fiscale: | | | | | | | | | | Data di nascita: / / | | | | | | | | | |
| Comune di nascita: | | | | | | | | | | Provincia: () | | | | | Telefono: | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | Comune di residenza: | | | | | | | | | |
| Comune di residenza | | | | | | | | | | CAP | | | | | Provincia () | | | | |

COORDINATE BANCARIE

| PAESE | CODICE CONTROLLO | CIN | CODICE ABI | CODICE CAB | NUMERO CONTO CORRENTE |
|-------|------------------|-----|------------|------------|-----------------------|
| IBAN | | | | | |

Intestato a: _____ Banca e Filiale: _____

NB: Nel caso in cui non vengano fornite le coordinate bancarie, la liquidazione verrà effettuata a mezzo Assegno Circolare Non Trasferibile (il costo di emissione e le spese di consegna saranno decurtati dall'importo da liquidare)

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria esclusiva responsabilità, che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.

Firma: _____

ALTRI BENEFICIARI

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|
| Cognome: | | | | | | | | | | Nome: | | | | | | | | | |
| Codice Fiscale: | | | | | | | | | | Data di nascita / / | | | | | | | | | |
| Comune di nascita: | | | | | | | | | | Provincia: () | | | | | Telefono: | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | Comune di residenza: | | | | | | | | | |
| Indirizzo di residenza | | | | | | | | | | CAP | | | | | Provincia () | | | | |

Status: Figlio/a Genitore fiscalmente a carico Beneficiario designato dall'iscritto

COORDINATE BANCARIE

| PAESE | CODICE CONTROLLO | CIN | CODICE ABI | CODICE CAB | NUMERO CONTO CORRENTE |
|-------|------------------|-----|------------|------------|-----------------------|
| IBAN | | | | | |

Intestato a: _____ Banca e Filiale: _____

NB: Nel caso in cui non vengano fornite le coordinate bancarie, la liquidazione verrà effettuata a mezzo Assegno Circolare Non Trasferibile (il costo di emissione e le spese di consegna saranno decurtati dall'importo da liquidare)

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria esclusiva responsabilità, che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.

Firma: _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO

- **Coniuge beneficiario:** al coniuge spetta il diritto di riscattare in via esclusiva l'intera posizione dell'iscritto deceduto, con precedenza sulle altre categorie di beneficiari previsti dal d.lgs. 124/93.
- **Altri beneficiari:** In assenza del coniuge hanno diritto di riscattare la posizione dell'iscritto deceduto i figli, o, in loro assenza, i genitori purché fiscalmente a carico. Solo in mancanza di queste categorie, sono valide eventuali designazioni effettuate dall'iscritto.
- **Documentazione da produrre:** è sempre necessario produrre certificato di morte. Quando beneficiari sono il coniuge, o i figli o i genitori, è necessario produrre certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela con l'iscritto deceduto. Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere, nell'ipotesi di genitore fiscalmente a carico, la documentazione attestante il relativo status. Il beneficiario prescelto dall'iscritto deve invece produrre la documentazione idonea a comprovare la propria designazione. In tutti i casi in cui beneficiario sia un minore, in assenza del genitore esercente la potestà parentale, è necessario produrre copia del provvedimento giudiziale del giudice tutelare che autorizza il tutore a esercitare il riscatto della posizione individuale dell'iscritto deceduto a favore del minore; il presente modulo è in questo caso sottoscritto dal tutore.

Con la sottoscrizione del presente modulo, ciascun beneficiario autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Data Compilazione: / /

Allego alla presente i seguenti documenti

- consenso al trattamento dei dati personali dell'erede
- certificato di morte
- stato di famiglia storico
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà comprovante lo stato di erede suo e degli eventuali altri coeredi
- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale degli eredi a cui va liquidata la posizione maturata.



Fondo Scuola Espero

La documentazione che segue va inviata al Fondo Espero dagli eredi **solo in caso di decesso dell'iscritto**

Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 ⁽¹⁾

ESPERO informa che la documentazione richiesta contiene dati personali che verranno trattati, sia su supporto cartaceo che con l'ausilio di strumenti elettronici, ai fini della liquidazione delle quote versate al Fondo.

Il conferimento di tali dati é necessario alla liquidazione delle spettanze dovute e, pertanto, il rifiuto a fornire la documentazione di cui sopra ed il mancato consenso alle fasi del trattamento rendono impossibile l'espletamento di tale attività.

I dati personali possono essere comunicati:

- alle autorità competenti per l'assolvimento degli obblighi di legge;
- a terzi per la fornitura di servizi informatici e di archiviazione.

Titolare del trattamento dei dati é Espero, con sede legale in Roma, Via Cavour 310.

All'interessato competono tutti i diritti di cui al Regolamento UE 2016/679.

Dichiaro di aver letto l'informativa e di:

acconsentire

non acconsentire

al trattamento dei dati.

NOME E COGNOME

Firma

⁽¹⁾ Il presente modulo deve essere controfirmato e rinviato al Fondo ESPERO da tutti gli eredi.



Fondo Scuola Espero

La documentazione che segue va inviata al Fondo Espero dagli eredi **solo in caso di decesso dell'iscritto**

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

Il Sottoscritto _____ nato il _____
a _____, provincia di _____
e residente in _____, provincia di _____
via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

di essere erede unico del sig/a _____

di essere coerede del sig/a _____

per la quota di _____, unitamente agli altri coeredi appresso indicati per i quali allega analoga dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà:

coerede sig/a _____

coerede sig/a _____

coerede sig/a _____

coerede sig/a _____

Data _____

Firma
