

DOMANDA DI PRESTAZIONE PENSIONISTICA - VECCHIO ISCRITTO
(ISCRITTO A UNA FORMA DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE
PRIMA DEL 27/04/1993)



Allegato D3VI - v.2025.01

Forma pensionistica complementare soggetta alla vigilanza della COVIP (Albo n. 1386)

ATTENZIONE:

Il presente modulo può essere inviato utilizzando **SOLO UNA** delle seguenti modalità:
Posta: Fondo Pensione Nazionale BCC/CRA, Via Massimo D'Azeglio, 33 – 00184 Roma (RM);
PEC: prestazioni@pec.fpnbcc.it;

unitamente alla seguente documentazione: copia documento d'identità, accettazione della domanda di pensione da parte dell'INPS e/o copia del libretto della pensione.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NOME _____		
COGNOME _____		
CODICE FISCALE _____	DATA DI NASCITA _____	SESSO _____
COMUNE DI NASCITA _____		PROV. _____
INDIRIZZO DI RESIDENZA _____		CAP _____
COMUNE DI RESIDENZA _____		PROV. _____
E-MAIL* _____	CELLULARE* _____	

**ATTENZIONE: se si è già registrati all'Area Iscritti, indicare l'email e/o il cellulare utilizzati per il recapito del codice OTP*

COMUNICA

Che a far data dal _____ (ultimo giorno lavorativo)
il suo rapporto di lavoro è cessato per il **raggiungimento dei requisiti di pensionamento e pertanto**
RICHIEDE la prestazione:

CON L'APPLICAZIONE DEL NUOVO REGIME FISCALE:

- ☐ 100% CAPITALE nel caso in cui il 70% del capitale maturato dall'01/01/2007 convertito in rendita risulterà inferiore al 50% dell'assegno sociale comunicato per l'anno.
- ☐ In forma di capitale _____,00% (massimo il 50%) → In forma di rendita _____,00%
- Si ricorda che i vecchi iscritti, per usufruire della fiscalità agevolata, possono richiedere l'erogazione in capitale dell'intero montante maturato fino al 31/12/2006 e massimo il 50% del maturato dal 01/01/2007 in poi.
- N.B.: Le caratteristiche delle rendite si trovano sul sito www.fondopensionebcc.it. È a disposizione, sempre sul sito, il Motore di simulazione delle Rendite.
- ☐ Vitalizia Immediata
- ☐ Certa per 5 anni e successivamente Vitalizia*
- ☐ Certa per 10 anni e successivamente Vitalizia*
- ☐ Reversibile al _____% (60 - 70 - 80 - 100)
(indicare la percentuale di reversibilità e compilare i dati del reversionario)
- ☐ Vitalizia Immediata con Controassicurazione*
- ☐ Vitalizia Immediata con raddoppio in caso di non Autosufficienza (solo mensile)
- ▼
- ☐ Mensile ☐ Semestrale ☐ Annuale

** Per le tipologie di Certa per 5 o 10 anni e Vitalizia Immediata con Controassicurazione, compilare la sezione Beneficiari Rendita. Senza la designazione dei Beneficiari le somme verranno percepite dagli eredi legittimi.*



■ CON L'APPLICAZIONE DEL VECCHIO REGIME FISCALE:

100% CAPITALE con applicazione del regime tributario meno favorevole vigente al 31 dicembre 2006.

COORDINATE BANCARIE PER L'ACCREDITO DELLA LIQUIDAZIONE

BANCA E FILIALE

INTESTATO A

IBAN

Compilare
Integralmente

Cod.
Paese

Cod.
Controllo

CIN

ABI
(5 caratteri numerici)

CAB
(5 caratteri numerici)

Numero Conto Corrente
(12 caratteri alfanumerici)

DATI DEL REVERSIONARIO

Il/la sottoscritto/a - solo nel caso abbia scelto la Rendita Reversibile - INDICA come reversionario:

NOME

COGNOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

SESSO

COMUNE DI NASCITA

PROV.

INDIRIZZO DI RESIDENZA

CAP

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

E-MAIL

CELLULARE

BENEFICIARI RENDITA

Compilare solo per Certa per 5 o 10 anni e Vitalizia Immediata con Controassicurazione

Il/la sottoscritto/a, in caso di premorienza, DESIGNA quali beneficiari, ai sensi dell'art.14, comma 3 del D.Lgs 252/2005¹ e ai sensi dell'art.12, comma 3 dello Statuto del Fondo:

NOME, COGNOME/RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE/P. IVA

DATA DI NASCITA

SESSO

COMUNE DI NASCITA

PROV.

INDIRIZZO DI RESIDENZA

CAP

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

E-MAIL

CELLULARE

QUOTA DEL BENEFICIO (%)

N° ORDINE

¹ L'articolo prevede che in caso di morte dell'aderente ad una forma pensionistica complementare prima della maturazione del diritto alla prestazione pensionistica l'intera posizione individuale maturata è riscattata dagli eredi ovvero dai diversi beneficiari dallo stesso designati, siano essi persone fisiche o giuridiche. In mancanza di tali soggetti la posizione resta acquisita al Fondo Pensione



NOME, COGNOME/RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE/P. IVA

DATA DI NASCITA

SESSO

COMUNE DI NASCITA

PROV.

INDIRIZZO DI RESIDENZA

CAP

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

E-MAIL

CELLULARE

QUOTA DEL BENEFICIO (%)

N° ORDINE

NOME, COGNOME/RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE/P. IVA

DATA DI NASCITA

SESSO

COMUNE DI NASCITA

PROV.

INDIRIZZO DI RESIDENZA

CAP

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

E-MAIL

CELLULARE

QUOTA DEL BENEFICIO (%)

N° ORDINE

NOME, COGNOME/RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE/P. IVA

DATA DI NASCITA

SESSO

COMUNE DI NASCITA

PROV.

INDIRIZZO DI RESIDENZA

CAP

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

E-MAIL

CELLULARE

QUOTA DEL BENEFICIO (%)

N° ORDINE

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, DICHIARA che quanto sopra comunicato risponde a veridicità.

NOTA BENE:

L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

Per maggiori dettagli sulla fiscalità applicata si rimanda al [Documento sul regime fiscale](http://www.fondopensionebcc.it) (consultabile sul sito www.fondopensionebcc.it)

LUOGO

DATA

FIRMA