per il personale delle Banche di Credito Cooperativo Casse Rurali ed Artigiane

Domanda di riscatto o di conversione in rendita della posizione individuale per raggiungimento dei requisiti di pensionamento (All. D3)

Il/La sottoscritto/a ……

Codice Fiscale …….....

Nato/a a ……... **Prov.** ……. **Il** ……/……/……

Residente a …… **Prov.** …… **Cap.** ……..

Via …….. **n.** ……. **Tel.** ……

Comunica

che a partire dalla data del ……/……/…… il suo rapporto di lavoro è cessato per il raggiungimento dei requisiti di pensionamento, e pertanto

RICHIEDE

□ **la rendita attuariale ai sensi dell'art. 11, comma 2° dello Statuto, secondo le seguenti modalità:**

- o 100% in capitale
- o 100% rendita
- o ___% capitale; ___% rendita

Caratteristiche della rendita:
□ non reversibile □ reversibile □ % reversibilità…….

Nome e cognome reversionario _____

Codice Fiscale_____

Nato/a il _____ a _____ prov. _____ sesso □ M □ F

Residente a …… Prov. …… Cap. ……..

Via …….. n. ……. Tel. ……

Cod. CIN	Cod. ABI	Cod. CAB	C/C N.
|__|__| |__|__| |__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

□ vitalizia □ certa per ____ anni e poi vitalizia

frequenza delle rate
□ mensile □ semestrale □ annuale

□ **la rendita finanziaria, ai sensi dell'art. 11, comma 3° dello Statuto, poiché è iscritto al fondo in data antecedente al 28/4/93.**

Chiede che, detta rendita, gli venga accreditata sul c/c bancario della

Banca …….. **Agenzia** ……

Via …….. **n.** ……. **CAP** ……..

Coordinate bancarie secondo la codifica Iban (tutti i campi devono essere obbligatoriamente compilati altrimenti sarà impossibile effettuare le erogazioni):

	Cod. CIN	Cod. ABI	Cod. CAB	C/C N.
|__|__|	|__|__|	|__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

□ **il riscatto della sua posizione individuale al 100% ai sensi dell' art. 11 comma 3, poiché è iscritto al fondo in data antecedente al 28/4/93**

□ **il riscatto del ….% della sua posizione individuale non convertito in rendita attuariale**

Chiede che quanto dovuto gli venga accreditato sul c/c bancario della

Banca …….. **Agenzia** …… **Via** …….. **n.** ……. **CAP** ……..

Coordinate bancarie secondo la codifica Iban (tutti i campi devono essere obbligatoriamente compilati altrimenti sarà impossibile effettuare le erogazioni):

	Cod. CIN	Cod. ABI	Cod. CAB	C/C N.
|__|__|	|__|__|	|__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|		__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data ……/……/…… **Firma dell'iscritto/a** ……

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati allo scopo esclusivo del raggiungimento delle finalità istituzionali del Fondo Pensione. **2.** Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti elettronici. **3**. Il conferimento dei dati è necessario per lo scopo di cui al precedente punto **1. 4.** I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione ad eccezione degli outsourcers selezionati dal Fondo Pensione per la gestione delle sue attività istituzionali. **5.** Il titolare del trattamento è il Fondo Pensione Nazionale. **6.** Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 124/93.

Acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 il richiedente la prestazione conferisce il proprio **consenso** al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa.

Data..... **Luogo**..... **Firma** .....