MODULO DI RICHIESTA LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA PIP

Il Sottoscritto _____

Aderente della polizza n°_____

Cel.: _____ E-Mail:_____

DICHIARA

di aver maturato i requisiti per l'accesso alle prestazioni pensionistiche del P.I.P. stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, con almeno 5 anni di partecipazione a forme pensionistiche complementari, ai sensi dell'art. 11, comma 2 del D. Lgs. 252/2005;

ed allega:

- o copia fronte e retro di un documento di identità valido e copia del codice fiscale;
- o denuncia dei contributi non dedotti in sede di dichiarazione dei redditi;
- o documentazione comprovante la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, ad esempio:

  • copia della lettera di accoglimento della domanda di pensione rilasciata in data _____/_____/_____ dall'Ente di Previdenza Obbligatoria_____;
  • copia del documento INPS, attestante il percepimento della pensione da parte dell'Aderente.

Il sottoscritto chiede, in forza di quanto sopra dichiarato e documentato:

- o la liquidazione della prestazione pensionistica sotto forma di capitale per una quota pari al _____ % nel limite previsto dall'art. 11, comma 3 del D.Lgs.252/2005 e l'erogazione della prestazione, per la restante parte, sotto forma di rendita, pagabile in rate posticipate ed in forma:
- o A) vitalizia: pagabile all'Aderente, finché in vita;
- o B) vitalizia posticipata rivalutabile, pagabile in modo certo nei primi ☐ 5 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 anni

  all'Aderente se in vita o, in mancanza, agli eredi. In caso di vita dell'Aderente oltre i primi 5, 10, 15 o 20 anni, la rendita continuerà ad essere pagata all'Aderente sua vita natural durante;
- o C) vitalizia posticipata rivalutabile, reversibile alla morte dell'Aderente (purché tra l'Aderente ed il soggetto designato esista un divario di età non superiore a 5 anni) a favore di:

  Nome_____Cognome_____

  Cod. Fisc. _____Sesso M F nato a _____

  Prov. _____Il _____ residente in _____ Prov_____

  Via_____ Cap._____

Il sottoscritto chiede la liquidazione con la seguente modalità:

☐ Assegno Circolare non trasferibile;

☐ Bonifico Bancario sul conto corrente di cui il Beneficiario è intestatario

c/o la Banca .....

Codice IBAN: |__|__|__|__| |__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

BIC (solo per iban estero): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

FIRMA DELL' ADERENTE

_____

Documento reso disponibile sul sito internet www.pramericagroup.it