

| 1. DATI ENTE FINANZIATORE O COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE AGENTE IN SURROGA | |
|--|--|
| Ragione Sociale _____ | |
| 2. DATI CONTRATTO DI FINANZIAMENTO | |
| Contratto n. _____ stipulato in data ____ / ____ / ____ importo complessivo pari a € _____ | |
| Istituto mutuante: _____ Contraente: _____ | |
| Nato/a a _____ PROV () II ____ / ____ / ____ | |
| CODICE FISCALE _____ | |
| aderente al Fondo Pensione Fon.Te., iscritto all'albo COVIP n° 123. | |
| 3. DATI CESSAZIONE ATTIVITA' LAVORATIVA DELL'ADERENTE / FINANZIATO | |
| Denominazione Azienda _____ | |
| Data cessazione rapporto di lavoro ____ / ____ / ____ | |
| L'Ente finanziatore / Compagnia assicurativa, sulla base della comunicazione inviategli dall'Azienda, dichiara che il rapporto di lavoro è cessato per la seguente causa: | |
| <input type="checkbox"/> Per volontà delle parti (dimissioni, licenziamento, risoluzione consensuale, cambio inquadramento per passaggio a dirigente, ...) <input type="checkbox"/> Non per volontà delle parti (mobilità, fallimento, CIG/S, fondo esuberi, ...) <input type="checkbox"/> Pensionamento | |
| A tal fine si allega documentazione attestante la cessazione rapporto di lavoro. | |
| 4. COORDINATE BANCARIE DELLA FINANZIARIA / COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE | |
| Intestato a _____ Banca e filiale _____ | |
| IBAN _____ | |
| L'Ente finanziatore (per i punti a,b,c,d) / Compagnia di assicurazione (per i punti a,b,c,d,e) dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità: | |
| <p>a. di esercitare il riscatto della posizione previdenziale dell'aderente, in virtù di mandato irrevocabile ricevuto in forza del contratto di finanziamento di cui al punto 2 assistito da una garanzia, a valere tra l'altro sulle prestazioni di previdenza complementare, attivabile da parte della società finanziaria stessa in caso di cessazione del rapporto di lavoro prima del termine dell'ammortamento del mutuo.</p> <p>b. che sussistono tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente, anche fiscale, nonché regolamentare e statutaria, per l'esercizio dell'opzione prescelta.</p> <p>c. di aver già provveduto a richiedere il TFR accantonato presso il datore di lavoro ovvero presso i datori di lavoro dell'aderente e di risultare pertanto ad oggi creditore dell'aderente-finanziato come da conteggio estintivo allegato.</p> <p>d. di manlevare il Fondo Pensione Fon.Te. da ogni responsabilità derivante dall'esecuzione della presente richiesta.</p> <p>e. di essersi surrogata all'Ente finanziatore in seguito al pagamento del sinistro e che pertanto, in virtù di quanto previsto del contratto di finanziamento e dalla polizza, subentra in ogni diritto, privilegio e garanzia spettante al medesimo ed è quindi legittimata e autorizzata a rivalersi nei confronti dell'aderente-finanziato.</p> | |
| e a tal fine invia gli allegati indicati in calce: Ente finanziatore (all. 1,2) – Compagnia di assicurazione (all. 1,2,3) | |
| Data compilazione: ____ / ____ / ____ | Firma e timbro dell'Ente finanziatore avente mandato irrevocabile o della Compagnia di assicurazione con il diritto di surroga |

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

**Il presente modulo deve essere inviato a mezzo raccomandata a/r all'indirizzo:
Fondo pensione Fonte – Via Marco e Marcelliano, 45 – 00147 Roma - RM**

ALLEGATI

- Allegato - 1** – Documentazione attestante cessazione rapporto di lavoro.
Allegato - 2 – Conto estintivo aggiornato.
Allegato - 3 – Dichiarazione di surroga (solo in caso di subentro della compagnia di assicurazione).

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

1. DATI ENTE FINANZIATORE O COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE AGENTE IN SURROGA

Nella sezione 1 deve essere indicata la ragione sociale della società finanziaria o della compagnia di assicurazione che richiede la liquidazione della posizione dell'aderente.

2. DATI CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

Nella sezione 2 devono essere indicati gli estremi identificativi del contratto di finanziamento (istituto mutuante e aderente/finanziato).

3. DATI CESSAZIONE ATTIVITA' LAVORATIVA DELL'ADERENTE / FINANZIATO

Nella sezione 3 devono essere indicati gli estremi identificativi inerenti la cessazione del rapporto di lavoro dell'aderente-finanziato. A tal fine dovrà essere allegato al modulo la documentazione attestante la cessazione del rapporto di lavoro medesimo.

4. COORDINATE BANCARIE DELLA FINANZIARIA / COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE

Nella sezione 4 deve essere inserito il codice IBAN della società finanziaria o della compagnia di assicurazione che richiede la liquidazione della posizione dell'aderente.

ALLEGATI

In caso di richiesta da parte della società finanziaria:

- Documentazione attestante cessazione rapporto di lavoro.
- Conto estintivo aggiornato.

In caso di richiesta da parte della compagnia di assicurazione:

- Documentazione attestante cessazione rapporto di lavoro.
- Conto estintivo aggiornato.
- Dichiarazione di surroga