Fopen
Via Nizza 11 – 00198 Roma
Tel. 068416882 – Fax 0685865579

MODULO RICHIESTA ANTICIPAZIONE

Allegato 1

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: / /

Comune di nascita: _____ Prov: ( ) Tel.[1]: _____

Indirizzo di residenza: _____ : CAP _____

email[1] _____

Comune di residenza: _____ Provincia: ( )

2. RICHIESTA ANTICIPAZIONE

Il sottoscritto **CHIEDE** di conseguire una **ANTICIPAZIONE** della prestazione pari a **(indicare una sola opzione):**

☐ _____ , _____ (indicare l'importo richiesto, che non potrà comunque superare il limite max consentito)

☐ _____ % (indicare la percentuale richiesta sul montante maturato, che non potrà comunque superare il limite max consentito)

Per il seguente motivo **(barrare una sola casella):**

A) ☐ **SPESE SANITARIE** a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari e urgenti. Può essere richiesta in qualsiasi momento per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata.

B) ☐ **ACQUISTO PRIMA CASA** di abitazione per sé o per i figli
Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata.

C) ☐ **RISTRUTTURAZIONE**, manutenzione, restauro e risanamento sulla 1ª casa di abitazione propria o dei propri figli
Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata.

D) ☐ **ULTERIORI ESIGENZE** dell'aderente
Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 30% della posizione individuale maturata.

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

Data 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: ___ / ___ / _____

4. COORDINATE BANCARIE

CODICE **IBAN :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
(COMPILARE INTEGRALMENTE) COD.PAESE COD.CONTROLLO CIN **ABI** (5 CARATTERI NUMERICI) **CAB** (5 CARATTERI NUMERICI) **NUMERO CONTO CORRENTE** (12 CARATTERI ALFANUMERICI)

BANCA E FILIALE: _____ INTESTATO A: _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Può essere indicato alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in percentuale del montante maturato. L'importo indicato si intende al lordo delle imposte. In caso di duplice compilazione sarà liquidato l'importo espresso in cifra se non superiore al massimo anticipabile. Si ricorda che ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria (8 anni) sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione alle forme pensionistiche complementari maturati dall'aderente per i quali lo stesso non abbia esercitato il riscatto totale della posizione individuale ed abbia provveduto al trasferimento a Fopen. Si ricorda inoltre che le somme percepite a titolo di anticipazione non possono mai eccedere, complessivamente, il 75% del totale dei versamenti, comprese le quote del TFR, maggiorati delle plusvalenze realizzate, effettuati alle forme pensionistiche complementari a decorrere dal primo momento di iscrizione alle predette forme.

E' obbligatorio indicare il motivo della richiesta, in conseguenza del quale sarà necessario allegare i documenti previsti dal "Documento sulle anticipazioni" disponibile sul sito internet del Fopen (www.fondopensionefopen.it)

Qualora il socio abbia in corso un contratto di finanziamento contro cessione di quote di retribuzione (cessione di quinto di stipendio) o una "delegazione di pagamento", l'erogazione dell'anticipazione è subordinata all'autorizzazione della società finanziaria erogatrice del prestito.

Il presente modulo e la documentazione allegata devono essere inviati al Fopen esclusivamente a mezzo raccomandata a.r. (ad eccezione delle sole richieste per "ulteriori esigenze" che possono essere inviate via fax).

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data Compilazione: ..... /..... /..... **Firma:**_____

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

(1) E' obbligatorio indicare un recapito telefonico per reperibilità in orario di lavoro e, se disponibile, un indirizzo di posta elettronica