

Il/La sottoscritto/a .....  
 codice fiscale .....  
 nato/a a ..... prov. .... il ... / ... / ...  
 residente a ..... prov. .... C.A.P. ....  
 in (via, piazza, ecc.) ..... n° .....  
 telefono ..... cellulare ..... e-mail .....

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle norme speciali in materia,

### DICHIARA

di essere iscritto al Fondo da almeno 5 anni

di aver maturato i requisiti di accesso al trattamento pensionistico obbligatorio

### CHIEDE

l'erogazione della **PRESTAZIONE PENSIONISTICA COMPLEMENTARE** di seguito specificata:

(barrare la tipologia di prestazione pensionistica richiesta)

**100 % in rendita**       ..... % in rendita e ..... % in capitale (\*)

(\*) Nel caso in cui l'importo che si ottiene convertendo in rendita vitalizia il 70 per cento della posizione individuale maturata risulta superiore al 50 per cento dell'assegno sociale potrà essere richiesta una percentuale massima del 50% in capitale. La possibilità di chiedere la liquidazione in capitale dipenderà dall'età, considerata in anni e frazioni di mesi compiuti, dal sesso, dall'importo dell'assegno sociale INPS (aggiornato ogni anno) e dall'importo accumulato. (v. tabella esemplificativa)

ETÀ	DONNA	UOMO	ETÀ	DONNA	UOMO	ETÀ	DONNA	UOMO
60	143.003,45 €	125.924,38 €	67	109.589,96 €	94.423,87 €	74	77.004,29 €	68.312,07 €
61	138.829,66 €	121.885,57 €	68	105.436,22 €	90.589,00 €	75	73.096,05 €	61.312,86 €
62	134.649,73 €	117.876,72 €	69	101.296,21 €	86.779,19 €	76	69.242,76 €	57.922,77 €
63	130.466,39 €	113.902,74 €	70	97.174,39 €	82.998,89 €	77	65.461,43 €	54.629,17 €
64	126.283,08 €	109.968,47 €	71	93.074,13 €	79.253,41 €	78	61.767,48 €	51.436,08 €
65	117.925,16 €	102.158,06 €	72	89.001,40 €	75.553,20 €			
66	113.753,93 €	98.280,29 €	73	80.961,61 €	71.904,20 €			

In caso di richiesta di erogazione in rendita (totale o parziale) specificare la tipologia e la periodicità:

## TIPOLOGIA DI RENDITA:

(barrare la tipologia di rendita immediata posticipata rivalutabile scelta)

- A)** RENDITA IMMEDIATA VITALIZIA
- B)** RENDITA IMMEDIATA VITALIZIA REVERSIBILE NELLA MISURA DEL  
 60%     70%     80%     100%  
*(età assicurativa del reversionario compresa tra i 40 e gli 80 anni)*
- C)** RENDITA IMMEDIATA CERTA PER 5 ANNI E POI VITALIZIA
- D)** RENDITA IMMEDIATA CERTA PER 10 ANNI E POI VITALIZIA
- E)** RENDITA IMMEDIATA VITALIZIA CONTROASSICURATA
- F)** RENDITA IMMEDIATA VITALIZIA CON MAGGIORAZIONE IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA (LTC)

## PERIODICITÀ DELLA RENDITA:

- MENSILE     BIMESTRALE     TRIMESTRALE     SEMESTRALE     ANNUALE

## BENEFICIARIO DELLA REVERSIBILITÀ (da compilare solo in caso di scelta delle rendite B,C,D,E)

Il sottoscritto designa, in ragione della prestazione pensionistica in forma di rendita prescelta, il beneficiario della prestazione in caso di premorienza dell'assicurato, di cui al punto C) o D) in corsi di pagamento delle annualità certe, il reversionario della prestazione di cui al punto B) o il beneficiario dell'eventuale capitale residuo al momento del decesso di cui al punto E), nella persona di:

Cognome e Nome .....

codice fiscale .....

nato/a a ..... prov. .... il / / .....

residente a ..... prov. .... C.A.P. ....

in (via, piazza, ecc.) ..... n° .....

telefono ..... cellulare ..... e-mail .....

documento di riconoscimento ..... rilasciato da .....

il / / .....

Si ricorda che nel caso delle opzioni C), D) ed E) il beneficiario delle prestazioni di caso di decesso dell'Assicurato che avvenga rispettivamente entro 5, 10 anni o in qualsiasi momento, può essere sempre modificato e l'ultima designazione sostituisce tutte le precedenti. Nel caso dell'opzione B) il reversionario indicato con la presente richiesta non è successivamente modificabile.

**Il sottoscritto è consapevole che, ad avvenuta accensione della rendita, le scelte effettuate relativamente a tipologia di rendita, periodicità delle rate, tasso tecnico e beneficiario della reversibilità non potranno più essere modificate.**

## MODALITÀ DI ACCREDITO

Il sottoscritto CHIEDE che la prestazione pensionistica complementare sia accreditata sul c/c bancario, postale, o carta prepagata, intestato al medesimo/a, di seguito indicato:

(BancoPosta o Banca) .....

Agenzia ..... Via ..... n° .....

Codice Paese	CIN	ABI ( 5 CIFRE)	CAB ( 5 CIFRE)
.....	.....	.....	.....

Numero conto corrente ( 12 cifre )  
.....

*Il sottoscritto è consapevole che in base alla normativa PSD (nuova Direttiva Europea sui Servizi di Pagamento), l'errata indicazione potrà determinare la mancata o l'inesatta esecuzione del bonifico, senza responsabilità per la banca del beneficiario e il Fondo Pensione FONDOPOSTE, qualora la somma venisse accreditata sul conto corrente di un soggetto diverso dall'effettivo beneficiario.*

Qualora l'indirizzo presso cui si desidera ricevere la corrispondenza sia diverso dalla residenza compilare la sezione sottostante:  
domiciliato a ..... prov. .... C.A.P. ....  
via ..... n° .....

*Il sottoscritto dichiara che le informazioni riportate nel presente modulo sono esatte e complete e si impegna a comunicare tempestivamente a Fondoposte qualunque variazione relativa all'indirizzo, alla residenza o alle coordinate bancarie o postali.*

**Data** ..... / ..... / ..... **Firma del richiedente** .....



### IL SOTTOSCRITTO ALLEGA AL PRESENTE MODULO:

- copia di un documento d'identità in corso di validità
- copia di un documento d'identità in corso di validità del beneficiario (in caso di scelta della rendita reversibile)
- certificazione Inps attestante l'avvenuta maturazione dei requisiti di accesso al trattamento pensionistico obbligatorio

Le richieste di prestazioni mancanti delle indicazioni e della documentazione sopra richiamate non saranno prese in considerazione.



## **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13, DEL REGOLAMENTO 679/2016**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016, Fondo Nazionale di Pensione Complementare per il Personale di Poste Italiane S.p.A. e delle Società controllate che ne applicano il contratto nazionale in forma abbreviata "FONDOPOSTE", Titolare del trattamento, ad integrazione dell'informativa già conferita, La informa che, il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per la gestione della sua richiesta di riscatto dopo il pensionamento; il conferimento dei dati è necessario per perseguire le finalità menzionate. La informiamo infine che potrà esercitare i suoi diritti in qualità di interessato scrivendo una mail a [fondoposteprivacy@protectiontrade.it](mailto:fondoposteprivacy@protectiontrade.it). L'informativa completa sul trattamento dei dati personali potrà essere visionata nella sezione privacy del sito web [www.fondoposte.it](http://www.fondoposte.it).