Previndapi
FONDO PENSIONE

Al Fondo pensione per i dirigenti e i quadri superiori della piccola e media industria - PREVINDAPI
Via Nazionale, 66 - 00184 Roma

DOMANDA DI PRESTAZIONE PENSIONISTICA VITALIZIA

La/il sottoscritta/o cognome ..... nome .....,
nata/o a ..... Prov. (.....) , il |____|____|_____|,
codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
residente in ..... Prov. (.....), (CAP) .....,
indirizzo ....., n. .....,
telefono ..... e-mail: .....

CHIEDE

la liquidazione della prestazione pensionistica, ai sensi dell'articolo 10 dello Statuto del PREVINDAPI

- ☐ in forma di rendita al 100%;
- ☐ in forma di capitale al 100%;
- ☐ in forma di capitale al 50% e di rendita vitalizia per il residuo 50%;
- ☐ in forma di capitale al .....% e di rendita vitalizia per il residuo .....%;

CHIEDE INOLTRE

1) che la Rendita Vitalizia sia erogata in rate posticipate di periodicità:

☐ semestrale	☐ annuale

2) che la Rendita Vitalizia sia resa "Certa" per :

☐ 5 anni	☐ 10 anni

3) che la Rendita Vitalizia sia resa Reversibile nella misura del ..... % in favore del beneficiario sotto indicato:

4) che la Rendita annua Vitalizia sia rivalutabile con raddoppio in caso di perdita dell'autosufficienza (cosiddetta LTC) (attivabile dal 1° maggio 2026)

5) che la Rendita annua Vitalizia sia rivalutabile con controassicurazione in caso di decesso dell'Assicurato (attivabile dal 1° maggio 2026) a beneficio del sotto indicato beneficiario

6) Beneficiario della Rendita Vitalizia reversibile o della Rendita con controassicurazione in caso di decesso:

cognome ..... nome .....,
nata/o a ..... Prov. (.....) , il |____|____|_____|,
codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
residente in ..... Prov. (.....), (CAP) .....,
indirizzo ....., n. .....,

Previndapi
FONDO PENSIONE

7) l'accredito della Rendita Vitalizia sul conto corrente identificato con il codice IBAN
|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

impegnandosi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa all'indirizzo, alla residenza o alle coordinate bancarie alla compagnia di assicurazioni erogatrice della rendita.

Ai fini della verifica del possesso dei requisiti di accesso alla prestazione pensionistica complementare ai sensi dell'articolo 10 dello Statuto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- ☐ di avere cessato il rapporto di lavoro in data |_____|_____|_____|;
- ☐ di avere maturato il diritto alle prestazioni pensionistiche di legge;

E ALLEGA

- ☐ copia della domanda di pensione inoltrata all'Ente previdenziale o o dell'attestazione di erogazione pensionistica;
- ☐ copia della dichiarazione rilasciata dall'Ente previdenziale attestante l'insorgenza ed il grado di invalidità;
- ☐ copia di un documento di identità valido.

DATA
.....

FIRMA
.....