



ASSOCIAZIONE GIURIDICA RICONOSCIUTA
ISCRITTO ALL'ALBO DEI FONDI PENSIONE CON IL N. 106

PIAZZA DUCA D'AOSTA, 10 - 20124 MILANO MI
TEL.: 02 86996939 - FAX: 02 36758014
SITO INTERNET: WWW.FONDOARCO.IT
E-MAIL: INFO@FONDOARCO.IT

RICHIESTA LIQUIDAZIONE SOCIETÀ FINANZIARIA

MODULO RICHIESTA LIQUIDAZIONE DELL'ENTE FINANZIATORE AVENTE MANDATO IRREVOCABILE / COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE AGENTE IN SURROGA

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: _____ Sig./Sig.ra: _____

Nato/a a _____ PROV () il ____ / ____ / ____

CODICE FISCALE

aderente al Fondo Pensione ARCO, iscritto all'albo COVIP n° 106.

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

Denominazione Azienda _____

Data cessazione rapporto di lavoro ____ / ____ / ____

L'Ente finanziatore / Compagnia assicurativa, sulla base della comunicazione inviata dall'Azienda, dichiara che il rapporto di lavoro è cessato per la seguente causa:

Per volontà delle parti (dimissioni, licenziamento, risoluzione consensuale, cambio inquadramento per passaggio a dirigente, ...)

Non per volontà delle parti (mobilità, fallimento, CIG/S, fondo esuberanti, ...)

Pensionamento

ALTRO (specificare) _____

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:

- 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.
- b. che sussistono tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente, nonché regolamentare e statutaria, per l'esercizio dell'opzione prescelta.
- c. di aver già provveduto a richiedere il TFR accantonato presso il datore di lavoro e di risultare pertanto ad oggi creditore dell'aderente / finanziato come da conteggio estintivo allegato.
- d. di manlevare il Fondo Pensione ARCO da ogni responsabilità derivante dall'esecuzione della presente richiesta.
- 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.

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 esercente il diritto di surroga



- Allegato - 1 - Documentazione attestante cessazione rapporto di lavoro ed il motivo per cui lo stesso è cessato.
Allegato - 2 - Conto estintivo aggiornato.
Allegato - 3 - Dichiarazione di surroga (solo in caso di subentro della compagnia di assicurazione).