

CAPIDI

Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n.1009

Da inviare a mezzo raccomandata
a/r, PEC o consegnare brevi mani a:

CAPIDI
Fondo Pensione Complementare per i
Dirigenti dei Gruppi Autostrade per l'Italia
e Mundys
Via Alberto Bergamini, 50
00159 ROMA

MODULO DI RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE

1. ADERENTE

Cognome _____ Nome _____

Cod. fiscale _____ Sesso M F

Data di nascita ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia ()

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Tel. ____/____

E-mail _____

Domiciliato in _____ Via _____ CAP _____

(solo se diverso da residenza)

Tipologia di Iscrizione alla previdenza complementare

prima del 28/4/1993 (VECCHI ISCRITTI)

dopo il 28/4/1993 (NUOVI ISCRITTI)

Cessazione del rapporto di lavoro con la Società _____ dal _____

2. MOTIVAZIONI E OPZIONE SCELTA

A. cessazione dell'attività lavorativa e stato di inoccupazione

per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi (**riscatto del 50%**)

per un periodo di tempo superiore a 48 mesi (**riscatto del 100%**)

B. invalidità permanente con riduzione della capacità di lavoro a meno di 1/3 (**riscatto del 100%**)

C. ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria/straordinaria (**riscatto del 50%**)

D. cessazione dell'attività lavorativa, con conseguente perdita dei requisiti di partecipazione alla forma pensionistica ai sensi dell'art. 12 lett. e) dello Statuto e dell'art. 14 comma 5 del D. Lgs 252/05

riscatto del 100%

riscatto del 90%

E. maturazione dei requisiti di accesso al pensionamento nel regime obbligatorio di appartenenza, ma con adesione alla previdenza complementare inferiore a 5 anni (**riscatto del 100%**)

