



HDI Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I) - Tel. +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500 - hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it - Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v. - C.F. P. IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 - Società con unico azionista - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015



Assicurazioni

**CBA PREVIDENZA – PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO - FONDO PENSIONE**  
iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5001

Soggetto Incaricato \_\_\_\_\_ Intermediario \_\_\_\_\_

**MODULO DI RICHIESTA DI RENDITA INTEGRATIVA TEMPORANEA ANTICIPATA (R.I.T.A.)**

**Avvertenza:** leggere attentamente le informazioni sotto riportate e quelle indicate nel Regolamento del Fondo Pensione e nella Nota Informativa disponibili sul sito web [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it), area "Linea CBA - Previdenza Complementare" prima di sottoscrivere il presente modulo.

**Avvertenza:** una comunicazione parziale, non chiara o incompleta del presente modulo può comportare ritardi o l'impossibilità di evadere la richiesta.

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, indirizzo e – mail \_\_\_\_\_ Aderente a codesto Fondo Pensione con codice adesione n. \_\_\_\_\_

**Richiede** l'erogazione della Rendita Integrativa Temporanea Anticipata (R.I.T.A.) secondo le modalità di seguito indicate.

**Percentuale del montante accumulato (\*):** € 100,00 % € \_\_\_\_\_% (ammesse solo percentuali intere)

**Periodicità della rendita:** € trimestrale € mensile

**Il montante richiesto verrà investito integralmente nella Gestione Separata "CBA Approdo" del Fondo, oppure € mantenuto negli attuali comparti in cui è allocato alla data di determinazione della R.I.T.A.**

**N.B.** Durante l'erogazione della rendita è possibile cambiare il comparto di investimento del residuo montante a ciò destinato, secondo le modalità previste dal Fondo.

**Avvertenza:** L'importo della rata può subire variazioni, anche in negativo, in conseguenza dell'andamento dei mercati finanziari ed è quindi consigliabile scegliere opzioni di investimento coerenti con il ridotto orizzonte temporale residuo.

**Si richiede di bonificare l'importo derivante dalla presente richiesta utilizzando le seguenti coordinate bancarie:**

BANCA \_\_\_\_\_ AGENZIA/FIL. \_\_\_\_\_  
CODICE IBAN \_\_\_\_\_ INTESTATO A \_\_\_\_\_

- SI ALLEGANO I SEGUENTI DOCUMENTI:**
- a) attestazione della cessazione del rapporto di lavoro;
  - b) documento di identità in corso di validità;
  - c) estratto conto integrato (ECI) rilasciato dal Casellario dei lavoratori attivi, accessibili online dal sito dell'INPS, oppure gli estratti conto rilasciati dagli enti previdenziali di appartenenza.

La presente richiesta, comprensiva dei documenti allegati, sopra indicati, dovrà essere inviata al seguente indirizzo: **"HDI Assicurazioni S.p.A. – "Assunzione e Gestione Portafoglio – Linea Cba", Via Abruzzi n. 10 – 00187 Roma (RM)".** Per richieste di ulteriori informazioni è possibile scrivere all'indirizzo di posta elettronica [lineacba@hdi.it](mailto:lineacba@hdi.it) oppure chiamare al numero di telefono 02.89172340 da lunedì a giovedì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 16.30, il venerdì dalle 9.00 alle 13.00. A conferma del buon esito dell'istruttoria, riceverà una comunicazione riepilogativa con gli estremi della R.I.T.A..

Il Sottoscritto Aderente è consapevole dei costi applicati all'erogazione della R.I.T.A. secondo quanto indicato nel Regolamento e nella Nota Informativa reperibili sul sito web [www.hdiassicurazioni.it](http://www.hdiassicurazioni.it).  
Il Sottoscritto Aderente è responsabile della veridicità e correttezza dei dati e delle informazioni fornite con il presente modulo e solleva la Compagnia da ogni responsabilità in proposito.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'Aderente \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'Aderente \_\_\_\_\_ Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore \_\_\_\_\_

Io Sottoscritto Incaricato attesto di aver accertato l'identità dell'Aderente a mezzo di documento di identità di cui ho acquisito copia. Inoltre, tutte le firme sono state apposte in mia presenza.  
Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'Intermediario \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_