

**PREVIDENZA HDI – PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO – FONDO PENSIONE
iscritto all’Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5007**

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 e nella Nota Informativa disponibili sul sito web www.hdiassicurazioni.it, area “Previdenza Complementare” nella sezione dedicata a “Previdenza HDI” 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 modulo di 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 nella Gestione separata “HDI – Fondo Pensione”

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. – Ufficio Assunzione e Gestione Portafoglio Vita, Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (RM)”**. Per richieste di ulteriori informazioni è possibile scrivere all'indirizzo di posta elettronica previdenzahdi.pip@hdia.it o chiamare al numero telefonico 06 421 031. 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. 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 _____