

**AZIONE DI PREVIDENZA - FONDO PENSIONE APERTO**  
**iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 111**

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 "Previdenza Complementare" nella sezione dedicata ad "Azione di Previdenza – Fondo Pensione Aperto" 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 nel comparto "Linea Garantita" 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 \_\_\_\_\_  
CODICE IBAN \_\_\_\_\_

AGENZIA/FIL. \_\_\_\_\_  
INTESTATO A \_\_\_\_\_

**SI ALLEGANO I SEGUENTI DOCUMENTI:**

- attestazione della cessazione del rapporto di lavoro;
- documento di identità in corso di validità;
- 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 Fondo Pensione, Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma (RM)".**

Per richieste di ulteriori informazioni è possibile scrivere all'indirizzo di posta elettronica [azionediprevidenza.fpa@hdi.it](mailto:azionediprevidenza.fpa@hdi.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](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 \_\_\_\_\_