HDI Assicurazioni S.p.A. – Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma (IT) - Tel +39 06 421 031 – Fax +39 06 4210 3500 – hdi.assicurazioni@pec.hdia.it – www.hdiassicurazioni.it – Capitale Sociale € 351.000.000,00 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 Assicurative al n. 1.00022 – Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

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

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 e Antiriciclaggio I Livello, Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (RM).** Per richieste di ulteriori informazioni è possibile scrivere all'indirizzo di posta elettronica portafoglio.vita@hdia.it o chiamare al numero telefonico 06 421 03002.
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 _____