# FONDO PENSIONE CASSA DI PREVIDENZA DEI DIPENDENTI DI SOCIETA' DEL GRUPPO FONDIARIA-SAI

***N. ISCR. 1023 C.F. 95017110107***

## CONTRIBUZIONE ANNO 2027

**AL FONDO PENSIONE CASSA DI PREVIDENZA DEI DIPENDENTI DI SOCIETA' DEL GRUPPO FONDIARIA-SAI**
Via Lorenzo Il Magnifico, 1
50129 FIRENZE

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

dipendente della Società_____ matr. _____, in conformità a quanto previsto dal CCNL vigente, dal C.I.A. Gruppo Unipol 28/02/2024 e, per quanto applicabile, dal C.I.A. Gruppo Unipol 13/5/2016, nonché dallo Statuto e dal Regolamento del Fondo Pensione e dalle disposizioni di cui al D. Lgs. 252 del 5/12/2005,

**DISPONE**

**A) Conferimento al Fondo Pensione del TFR maturando**

che, con decorrenza 1°/1/2027, il proprio TFR venga conferito al Fondo Pensione nella misura di seguito indicata, secondo quanto previsto dalle fonti istitutive:

☐ 0% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100%

**B) Contributi a carico del dipendente da stipendio**

che, con la medesima decorrenza sopra indicata, la contribuzione a proprio carico da **stipendio** venga calcolata sulla base delle percentuali di seguito indicate e versata, a cura del datore di lavoro, al Fondo Pensione:

**1a Sezione: per coloro che mantengono in azienda tutto il TFR maturando:**

☐ 2,75%(*) ☐ 3,00% ☐ 3,50% ☐ 4,00% ☐ 4,50% ☐ 5,00% ☐ ____%

*(*) contributo minimo necessario per ottenere la contribuzione aziendale*

**FONDO PENSIONE CASSA DI PREVIDENZA DEI DIPENDENTI DI SOCIETA' DEL GRUPPO FONDIARIA-SAI**

***N. ISCR. 1023 C.F. 95017110107***

**2a Sezione: per coloro che conferiscono il TFR maturando al Fondo Pensione in misura parziale:**

☐ 0,75%(*) ☐ 1,00% ☐ 1,5% ☐ 2,00% ☐ 2,5% ☐ 3,00% ☐ ____%

*(*) contributo minimo necessario per ottenere la contribuzione aziendale*

**3a Sezione: per coloro che conferiscono tutto il TFR maturando al Fondo Pensione:**

☐ 0%(*) ☐ 0,5% ☐ 1,00% ☐ 1,5% ☐ 2,00% ☐ 2,5% ☐ ____%

*(*) il contributo obbligatorio previsto dal CCNL - necessario per ottenere la contribuzione aziendale – si intende assorbito dal conferimento del TFR al Fondo Pensione*

**Luogo e data** **Firma**

**_____, ___/___/_____** **_____**

***N.B.*** *Si rammenta che i contributi versati al Fondo Pensione (contributo a carico Impresa + contributo a carico Dipendente), in base alla normativa vigente, sono esenti da ritenute fiscali nei limiti di euro 5.300,00 lordi annui.*

**Sede legale – Firenze Via L. Magnifico, 1**

**tel. 055 5095025 / fax 051 7096693/ e-mail: fondopensione.dipendenti@unipol.it**