



FONDO PENSIONE
MONTE DEI PASCHI DI SIENA

MODULO PER LA RICHIESTA DI RISCATTO PER INVALIDITA' SUPERIORE AI 2/3

FONDO PENSIONE MONTE DEI PASCHI DI SIENA
VIA ALDO MORO 11/15
53100 S I E N A

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ C.A.P. _____

Via _____

tel. _____ - e-mail _____

DIPENDENTE DI: ☐ **BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SpA** ☐ **FRUENDO** ☐ **WI.DI.BA.**

Matr. _____ - non cessato / cessato dal servizio il _____,

avendo una invalidità' permanente che comporta la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo
chiedo

☐ **IL RISCATTO TOTALE** - con l'applicazione del regime tributario previsto dall'art. 14 del D.Lgs. 252/2005.

L'importo dovuto va reso disponibile presso ☐ Banca Monte dei Paschi di Siena SpA / ☐ altra Banca:

Filiale _____ COD. SPORTELLO _____

C/C _____ IBAN: _____

INTESTATO A _____

Data ____ / ____ / ____

firma _____

All.to: Relazione della Commissione medica per l'accertamento della invalidità civile.
Fotocopia del documento di identità.