

EGR. SIG.RE/ GENT.MA SIG.RA

«**nominativo**»

«**indirizzo**»

«**cap**» - «**citta**» - «**provincia**»

Milano, 6 aprile 2009

OGGETTO: Pratica di Riscatto azienda inadempiente

Con la presente siamo a comunicarLe che non è possibile procedere al riscatto della pratica in essere presso Cometa, in quanto la Sua situazione contributiva risulta incompleta.

Le irregolarità della posizione contributiva possono essere causate dall'omesso versamento dei contributi oppure per la mancata presentazione delle distinte contributive da parte della società «RAGIONE_SOCIALE».

In virtù della vigente normativa, in caso di concessione del beneficio della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria il provvedimento di licenziamento resta sospeso (ex art. 3, comma 1 della legge n°223/1991). Pertanto qualora stia usufruendo del trattamento di CIGS non è possibile considerare interrotto il rapporto di lavoro con l'azienda anche qualora la stessa sia stata, precedentemente o successivamente alla concessione della CIGS, dichiarata fallita dalla Sezione del Tribunale competente.

Il Dlg. 252/05 ha tuttavia introdotto la possibilità per gli associati che siano soggetti a periodi di CIGS della durata di almeno 12 mesi di riscattare il 50% della posizione accantonata usufruendo di particolari benefici fiscali. La invitiamo per maggiori informazioni a consultare il sito internet www.cometafondo.it oppure il nostro centro assistenza clienti al numero 02/255361 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00.

Per poter procedere al riscatto abbiamo necessità di ricevere il modulo allegato debitamente compilato unitamente ad una certificazione comprovante l'avvenuta interruzione del rapporto di lavoro con l'azienda. Tale certificazione potrà essere costituita da almeno uno dei seguenti documenti:

- Copia della pagina del libretto di lavoro ove risultino i Suoi dati anagrafici e la data di cessazione del servizio con il timbro aziendale.
- Dichiarazione da parte della Curatela dell'avvenuto licenziamento.
- Copia della busta paga della società presso la quale è stato successivamente assunto.
- Certificato di Mobilità fornito dall' INPS.

L'ASSENZA DELLA CERTIFICAZIONE NON RENDERA' POSSIBILE LA LAVORAZIONE DELLE PRATICHE.

Con la compilazione del suddetto modulo Lei, in quanto unico titolare della posizione contributiva, autorizzerà il FONDO COMETA a liquidare le Sue spettanze nonostante l'omissione contributiva perpetuata dalla azienda.

AVVERTENZA IMPORTANTE: Le ricordiamo che riscattando la posizione accantonata presso il Fondo decadrà il Suo diritto alla richiesta di intervento del Fondo di garanzia INPS sulla posizione previdenziale complementare di cui all'art. 5 del D.lgs. 80/92.

I moduli allegati, compilati e firmati, potranno essere inviati:

- Via fax al numero 02/6691341

o in alternativa

- Via posta all'indirizzo: **Fondo Cometa Via Vittor Pisani 19 - 20124 Milano**

Per informazioni in merito alla presente contattare il signor Suppa Mauro al numero 02/6691349 a disposizione dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 12.30 e dalle 14.30 alle 17.30 o inoltrare una e-mail all'indirizzo mauro.suppa@cometafondo.it

Distinti saluti.

Fondo Pensione Cometa

mauro suppa



Io sottoscritto «**nominativo**» cod. aderente «**cad**»,
nato a _____, Il _____ codice fiscale _____
e residente in Via _____ comune di _____ prov. _____
Recapito telefonico: _____ indirizzo e-mail: _____
associato a Cometa con l'azienda «ragione_sociale»; nella consapevolezza che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è perseguibile legalmente ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARO

di essere a conoscenza delle anomalie contributive, imputabili all'azienda presso la quale ho prestato servizio e che il rapporto di lavoro si è interrotto in data ___/___/_____ a seguito di:

- | | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fallimento azienda | <input type="checkbox"/> Pensionamento |
| <input type="checkbox"/> Dimissioni volontarie | <input type="checkbox"/> Mobilità |

DICHIARO INOLTRE

Di essere a conoscenza che riscattando la posizione accantonata presso il Fondo Cometa perdo il mio diritto ad avanzare la richiesta di intervento del Fondo di Garanzia INPS sulla posizione previdenziale complementare di cui all'art. 5 del D.lgs. 80/92.

AUTORIZZO

Il Fondo Pensione Cometa a procedere con la liquidazione dei contributi regolarmente versati dall'azienda alla data di presentazione della richiesta di riscatto. Fermo restando che il Fondo debba provvedere alla liquidazione di tutte le spettanze che dovessero in futuro essere versate a mio nome dalla «**RAGIONE SOCIALE**». Per quanto riguarda i contributi dovuti dall'azienda e non versati permarrà il mio diritto di rivalsa nei confronti della «**RAGIONE SOCIALE**».

Allego inoltre certificazione attestante l'effettiva interruzione del rapporto di lavoro con la «ragione sociale».

FIRMA DELL'ADERENTE Data compilazione.....

Comparto di riferimento: «comparto»



AVVERTENZA IMPORTANTE

Vogliamo segnalarLe i rischi legati al pagamento del riscatto tramite assegno bancario. In questi anni di attività, ci sono capitati diversi casi di smarrimento e/o furto degli assegni e il conseguente incasso fraudolento degli stessi. Le ricordiamo che il pagamento del riscatto tramite bonifico bancario assicura, al contrario, elevati standard di sicurezza, rapidità ed economicità.

BONIFICO: - *Tempi di pagamento:* accredito sul c/c da Lei indicato dopo 2 giorni lavorativi dalla disposizione effettuata da Cometa. *Costi:* nessun costo aggiuntivo a tuo carico.

- *Sicurezza del pagamento:* Con le coordinate bancarie comunicate sul modulo di riscatto, il pagamento viene accreditato direttamente sul c/c da Lei indicato. Nel caso di problemi e/o errori relativi alle coordinate bancarie, la Sua banca è tenuta a rifiutare il pagamento che verrà riaccredito a Cometa nel giro di una settimana. La Sua posizione potrà quindi essere ripagata al ricevimento delle nuove disposizioni di pagamento.

ASSEGNO: - *Tempi di pagamento:* 15 giorni circa dall'emissione dell'assicurata postale.

- *Costi:* L'assegno viene inviato tramite assicurata postale e prevede un costo a Suo carico pari a €. 5,30 decurtate dall'importo della Sua prestazione.

- *Sicurezza del pagamento:* L'assicurata viene inviata al Suo domicilio a cura delle poste italiane. Il rischio è il mancato recapito dell'assegno stesso oppure, nei casi più gravi, l'incasso fraudolento da parte di terzi dell'assegno a Lei intestato. Nei casi di smarrimento e/o furto e/o incasso fraudolento del Suo assegno, la Sua posizione rimarrà sospesa e il pagamento a Suo favore non potrà essere effettuato se non successivamente agli accertamenti svolti dalla Banca che, in alcuni casi, possono richiedere anche diversi mesi.

La invitiamo quindi a privilegiare il pagamento tramite bonifico bancario.

Indicando le Sue coordinate bancarie qui sotto procederemo con il pagamento a mezzo bonifico bancario più sicuro, economico e veloce.

Bancaagenzia n°.....

vian°.....

Codice IBAN

*E' obbligatorio indicare il codice IBAN dal gennaio 2008 che sostituirà le attuali coordinate bancarie in assenza del quale il riscatto verrà pagato tramite assegno.

FIRMA DELL'ADERENTE **Data compilazione**.....

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE ASSOLUTAMENTE FIRMATO DALL'ADERENTE



COMETA

20124 - Milano Via Vittor Pisani 19
telefono: 026691349 fax: 026691341

www.cometafondo.it

codice fiscale: 9720729052

iscritto all'albo dei fondi pensione con il numero 61