



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

CASSA DI PREVIDENZA AZIENDALE PER IL PERSONALE
DEL MONTE DEI PASCHI DI SIENA
VIA ALDO MORO 11/15
53100 SIENA (SI)

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.

2021 CPA – riscatto per invalidità



CASSA DI PREVIDENZA
MONTE DEI PASCHI DI SIENA