



GENERALI
Assicurazioni Generali

CONTRATTO 72943 – FONCER

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA ALL'APERTURA DEL DANNO PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE DELL'ASSICURATO

- Atto di iscrizione al Fondo (eventualmente reperibile c/o FONCER);
- Dichiarazione dell'Azienda circa l'avvenuta cessazione del rapporto di lavoro a seguito dello stato di invalidità totale e permanente;
- Certificato attestante il riconoscimento del diritto a conseguire la Pensione di inabilità o l'assegno di invalidità da parte **dell'Ente Previdenziale al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato** (I.N.P.S.)*; (Vedi fac-simile allegato)
- Documentazione medica relativa alla causa e al decorso dello stato di invalidità totale e permanente**:
 - documentazione a sostegno della richiesta avanzata all'I.N.P.S.
 - referti diagnostici inerenti le patologie sofferte dall'Assicurato
 - eventuali cartelle cliniche o relazioni mediche relative a ricoveri o visite sostenuti dall'Assicurato
 - verbali delle competenti Autorità nel caso in cui lo stato invalidante sia causato da evento accidentale

La documentazione dovrà pervenire via posta raccomandata al seguente recapito:

Assicurazioni Generali S.p.A.
Area Vita e Employee Benefit
Ufficio Collettive Vita e Fondi Pensione – Group Life (stanza L1 149)
Via Marocchessa 14
31021 - Mogliano Veneto (TV)

* L'eventuale riconoscimento all'assicurato della sola **invalidità civile** da parte della commissione ASL locale, che per legge viene oggi formalmente validato anche dall'INPS, **non rileva** ai fini dell'indennizzo della prestazione assicurata.

** Ai sensi delle Condizioni Contrattuali la Società si riserva in ogni caso il diritto di richiedere, ove necessario, ulteriore documentazione necessaria a stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.



Sede INPS
a cui è stata avanzata
domanda

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Luogo , Data

RIN00038C660010001 01 M102
01100362
115 8



Dati anagrafici del richiedente



Oggetto: Comunicazione di Liquidazione
Assegno n. , Cat. , decorrenza
codice fiscale

La informo che la richiesta pervenuta il / / è stata accolta e che Le è stato liquidato l'assegno di invalidità, categoria numero , con decorrenza dal / / . L'importo mensile dell'assegno alla decorrenza è di euro . L'assegno di invalidità è riconosciuto per un periodo di mesi ed è confermabile per periodi della stessa durata, su Sua domanda, qualora permangano le condizioni per il diritto. La conferma dell'assegno ha effetto dalla data di scadenza, qualora presenti la domanda nel semestre precedente tale data oppure dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda, qualora la stessa venga presentata entro i 120 giorni successivi alla scadenza dell'assegno.

DATI DI LIQUIDAZIONE

L'assegno è calcolato, sulla base dei contributi versati dal / / al / / , sia con il sistema retributivo per i contributi versati fino al / / , sia con quello contributivo per i contributi dal / / .

| Quote di pensione nel sistema retributivo | | | | |
|--|--------------------------------|-----------|-----------------------|---------|
| Gestione | Quota | Settimane | Retrib./Reddito | Importo |
| Lavoratori Dipendenti | | | | |
| Lavoratori Dipendenti | | | | |
| Quote di pensione nel sistema contributivo | | | | |
| Gestione | Coefficiente di trasformazione | Settimane | Montante contributivo | Importo |
| Lavoratori Dipendenti | | | | |

Importo totale delle quote dell'assegno euro mensili