



Fondo Pensione Complementare per i Lavoratori delle Imprese Industriali ed Artigiane Edili ed Affini

Il fallimento del datore di lavoro

Indicazioni per la richiesta di intervento del Fondo di Garanzia Inps

1. Il Fondo di Garanzia INPS

Il Fondo di garanzia istituito presso l'INPS nasce in attuazione della direttiva CEE 987/80 del 20/10/1980, attraverso la quale la Comunità Europea ha inteso tutelare i lavoratori subordinati degli stati membri in caso di insolvenza del datore di lavoro.

Le due disposizioni normative primarie nazionali cui fare riferimento per la disciplina di tale materia sono le seguenti:

- legge 297/1982, istitutiva del Fondo di garanzia per il trattamento di fine rapporto;
- legge 80/1992, che estende l'applicazione del Fondo alle ultime retribuzioni e tutela il lavoratore qualora il datore di lavoro ometta di versare i contributi alle forme di previdenza complementare, ovvero li versi in misura minore a quella effettivamente dovuta. **In questo caso il Fondo di Garanzia versa le contribuzioni mancanti alla forma di previdenza complementare a cui è iscritto il lavoratore, rivalendosi poi sul datore di lavoro insolvente.**

2. Requisiti dell'intervento del Fondo di garanzia a favore del lavoratore sono:

- Iscrizione a Prevedi al momento della presentazione della domanda al Fondo di Garanzia INPS (è necessario non aver riscattato totalmente la posizione prima di presentare la domanda all'INPS);
- La cessazione del rapporto di lavoro subordinato con l'azienda insolvente;
- L'apertura di una procedura concorsuale (fallimento, concordato preventivo, liquidazione coatta amministrativa, amministrazione straordinaria) per l'azienda insolvente¹;
- L'esistenza del credito per il TFR e per i contributi a carico azienda e lavoratore trattenuti e non versati a Prevedi.

3. Cosa deve fare il lavoratore

1. **Insinuazione al passivo.** Il lavoratore deve presentare domanda di insinuazione nel passivo per il recupero delle somme non versate dal datore di lavoro. Tale domanda si presenta presso gli Uffici del Tribunale – Sezione Fallimentare che ha dichiarato il fallimento del datore di lavoro. Non si può chiedere l'intervento del Fondo di Garanzia senza prima essere stati ammessi al passivo. Si raccomanda al lavoratore di verificare, prima di insinuarsi nel passivo, che la sua Cassa edile di

¹ Nel caso in cui il datore di lavoro non fosse assoggettabile a procedura concorsuale, sarà comunque possibile esperire una procedura esecutiva individuale per contributi omessi nei confronti del datore di lavoro responsabile della medesima omissione.



Fondo Pensione Complementare per i Lavoratori delle Imprese Industriali ed Artigiane Edili ed Affini

riferimento non abbia già effettuato tale insinuazione per suo conto: l'insinuazione della Cassa Edile nel passivo fallimentare per conto del lavoratore, quando accettata dal giudice fallimentare, sostituisce infatti l'insinuazione dello stesso lavoratore.

Il Fondo Prevedi non è a conoscenza dell'ammontare dei contributi maturati e non versati perché non dispone delle buste paga dei lavoratori; tuttavia può certificare, a ciascun lavoratore interessato, i contributi versati a suo favore dall'impresa fallita.

2. Richiesta di intervento del Fondo di Garanzia INPS. Dopo essere stato ammesso al passivo fallimentare il lavoratore può richiedere l'intervento del Fondo di Garanzia. La domanda andrà fatta attraverso gli appositi moduli INPS PPC/CUR SR 95 (a cura del curatore fallimentare), INPS PPC/D SR 97 (a cura del lavoratore) e INPS PPC/FOND SR 98 (a cura del Fondo Prevedi) e inviata all'INPS **in originale o tramite posta elettronica certificata**. Come già detto, condizione necessaria per la richiesta è **che l'iscritto alla forma pensionistica complementare non abbia completamente riscattato la posizione previdenziale**. A tale proposito si ricorda che, in caso di perdita dei requisiti di partecipazione al fondo pensione (es., licenziamento o dimissioni volontarie), è possibile riscattare parzialmente la propria posizione, nell'ordine del 50%, 75% o 95% della stessa. In questo modo, pur usufruendo per larga parte del montante accumulato, il lavoratore non perderà la possibilità di chiedere l'intervento del Fondo di Garanzia,

Si sottolinea che, a differenza dell'insinuazione al passivo, la richiesta di intervento del Fondo di Garanzia dell'INPS deve essere effettuata direttamente dal lavoratore (e non dalla Cassa Edile).

Si allegano i moduli INPS PPC/CUR SR 95 (dichiarazione del curatore fallimentare), INPS PPC/D SR 97 (richiesta di intervento del Fondo di Garanzia dell'INPS da parte del lavoratore) e INPS PPC/FOND SR 98 (certificazione dell'iscrizione del lavoratore e dell'omissione contributiva da parte del Fondo Pensione).



Dichiarazione del responsabile della procedura concorsuale all'art. 2 L. 297/82 del TFR - 1/2

Il sottoscritto

COGNOME _____ **NOME** _____

in qualità di responsabile della procedura concorsuale della Ditta _____
matricola Inps _____ aperta in data _____ dal Tribunale di _____ il cui
stato passivo è divenuto esecutivo il _____ (in caso di Concordato Preventivo indicare la data del decreto/sentenza di omologazione)

Procedura concorsuale chiusa NO SI il (gg/mm/aaaa) _____

Domiciliato per tale carica al seguente indirizzo

COMUNE _____ **PROV.** _____
INDIRIZZO _____ **CAP** _____
TELEFONO * _____ **CELLULARE *** _____
INDIRIZZO E-MAIL* _____

Dichiara che dalla documentazione in mio possesso risulta quanto segue:

COGNOME _____ **NOME** _____
CODICE FISCALE _____ **NATO/A IL GG/MM/AAAA** _____
A _____ **PROV.** _____ **STATO** _____
ASSUNTO IN DATA _____ **DIMESSO/LICENZIATO IL** _____

è iscritto al n° _____ dello stato passivo per l'importo di € _____ dovuto a titolo di
omessa contribuzione al Fondo di Previdenza Complementare di seguito indicato:

La contribuzione omessa doveva essere versata al sottoriportato Fondo di Previdenza Complementare

Denominazione Fondo _____

Denominazione Società / Impresa di Assicurazione _____

per i seguenti periodi di lavoro:

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Totale _____



Dichiarazione del responsabile della procedura concorsuale all'art. 2 L. 297/82 del TFR - 2/2

da compilare in alternativa alla sezione precedente

Il Fondo _____

Denominazione Società / Impresa di Assicurazione _____

è iscritto al n° _____ dello stato passivo per l'importo di € _____ di cui € _____

dovuti a titolo di omessa contribuzione alla Previdenza Complementare per il lavoratore di seguito indicato:

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____ PROV. _____ STATO _____

- di non aver corrisposto alcuna somma per i titoli di cui sopra
- di aver corrisposto, a titolo di contribuzione relativa al periodo di cui sopra, la somma di € _____;
di conseguenza residuano da versare € _____.

_____ data _____

Timbro e firma



Domanda di intervento del Fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare di cui all'art. 5 del d.lgs. 80/92. - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI _____

Il sottoscritto

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____ PROV. _____ STATO _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

TELEFONO * _____ CELLULARE * _____

● Chiede

l'intervento del Fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare di cui all'art. 5 del d.lgs. 80/92 per le omissioni contributive attuate da:

● Dati del datore di lavoro insolvente

Nome o ragione sociale _____

Matricola Inps / codice fiscale / partita IVA _____ con sede in _____

cap _____ via / piazza _____

- Il datore di lavoro è sottoposto alla procedura concorsuale di seguito indicata
 - FALLIMENTO
 - LIQUIDAZIONE COATTA AMMINISTRATIVA
 - AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA
 - CONCORDATO PREVENTIVO
- Il datore di lavoro non è soggetto a procedura concorsuale.

● Dati relativi al rapporto di lavoro

data di assunzione (gg/mm/aaaa) _____ data di dimissioni / licenziamento (gg/mm/aaaa) _____

● Importo dovuto al Fondo di Previdenza Complementare a titolo di omessa contribuzione:

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Totale _____



Domanda di intervento del fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare di cui all'art. 5 del d.lgs. 80/92. - 2/2

● Fondo di Previdenza complementare in cui si è verificata l'omissione contributiva

Denominazione Fondo _____

Denominazione Società / Impresa di Assicurazione _____

Tipologia Fondo _____

Via _____

Città _____ Prov. _____ C. A. P. _____

● Fondo di attuale iscrizione

(indicare solo se diverso da quello in cui si è verificata l'omissione)

In tal caso indicare la data di trasferimento della posizione (gg/mm/aaaa) _____

Denominazione Fondo _____

Denominazione Società / Impresa di Assicurazione _____

Tipologia Fondo _____

Via _____

Città _____ Prov. _____ C. A. P. _____

● Il sottoscritto dichiara di non aver presentato domanda di riscatto totale della posizione

_____ data _____ Firma _____

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____ Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito www.inps.it.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.



Dichiarazione del Legale Rappresentante del Fondo di Previdenza Complementare - 1/2

Questa dichiarazione, compilata e firmata dal legale rappresentante del Fondo di previdenza complementare destinatario della contribuzione, deve essere consegnata dal lavoratore in allegato alla domanda di intervento del Fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare (modulo PPC/D SR97) di cui all'art. 5 del d.lgs. 80/92".

Il sottoscritto

COGNOME

NOME

In qualità di legale rappresentante

del Fondo di Previdenza Complementare: _____

Denominazione Società / Impresa di Assicurazione _____

Tipologia Fondo _____

Via _____

Città _____ Prov. _____ C. A. P. _____

Dichiara che

il fondo e' iscritto al n. _____ dell'albo tenuto dalla COVIP ai sensi dell'art. 19, comma 1, d.lgs 252/05 e che

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA

A

PROV.

STATO

iscritto a questo fondo di previdenza complementare dal (gg/mm/aaaa) _____

- ha ottenuto il riscatto totale della posizione individuale in data (gg/mm/aaaa) _____
- non ha riscattato integralmente la sua posizione individuale
- l'omissione contributiva si e' verificata all'interno di questo fondo di previdenza complementare
- l'omissione riguarda contributi dovuti per l'erogazione di prestazioni pensionistiche complementari comprese quelle ai superstiti ed escluse le prestazioni per invalidita' ed inabilita' (art. 5, comma 1, d.lgs. 80/92).
- di non aver ricevuto acconti;
- di aver ricevuto acconti per € _____;

_____ data _____

Timbro e firma



Dichiarazione del Legale Rappresentante del Fondo di Previdenza Complementare - 2/2

da compilare nel caso in cui il Fondo si sia insinuato nello stato passivo del datore di lavoro insolvente o abbia agito in giudizio per il recupero dell'omissione contributiva

Anno _____	dal (gg/mm) _____	al (gg/mm) _____	€ _____
Anno _____	dal (gg/mm) _____	al (gg/mm) _____	€ _____
Anno _____	dal (gg/mm) _____	al (gg/mm) _____	€ _____
Anno _____	dal (gg/mm) _____	al (gg/mm) _____	€ _____
Anno _____	dal (gg/mm) _____	al (gg/mm) _____	€ _____
Anno _____	dal (gg/mm) _____	al (gg/mm) _____	€ _____
			Totale _____

in conseguenza degli acconti ricevuti residuano da versare € _____.

_____ data _____

Timbro e firma