CNP Vita Assicurazione S.p.A.
Via Scarsellini, 14 20161 Milano
www.gruppocnp.it
Tel. +39 02 2775.1
Pec: cnpvita_assicurazione@legalmail.it

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER R.I.T.A.
(RENDITA INTEGRATIVA TEMPORANEA ANTICIPATA)
PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO (PIP) ADEGUATO

La documentazione completa consentirà di erogare un miglior servizio in termini di rapidità di liquidazione

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ADERENTE

COGNOME E NOME _____ POLIZZA N. _____

C.F. _____

Luogo e data di nascita _____ (____) _____/_____/_____ sesso _____

Nazionalità _____

Residente a _____ (____) via _____

CAP _____ Paese _____

Domiciliato presso _____ a _____ (____)
(se diverso da residenza)

via _____ CAP _____ Paese _____

Corrispondenza presso _____ a _____ (____)
(se diverso da residenza)

via _____ CAP _____ Paese _____

Recapito telefonico _____ e-mail/PEC _____

Documento di identità _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il _____/_____/_____

PEP* ☐ SI ☐ NO

*PEP: Persona Esposta Politicamente. La definizione completa è disponibile nella sezione dedicata del presente modulo.

Note: L'indirizzo di corrispondenza *verrà utilizzato dalla Compagnia per recapitare la corrispondenza (es. eventuale richiesta di documentazione mancante / integrativa, i conteggi di liquidazione della posizione previdenziale, il modulo CU).*

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il sottoscritto dichiara:

di avere residenza fiscale al di fuori dell'Italia e/o di avere cittadinanza negli USA ☐ **SI** ☐ **NO**

IN CASO DI RISPOSTA "SÌ", riportare nel seguente box i codici **NIF**, per residenza fiscale estera diversa da **USA**, se previsto, o **TIN**, corrispondente alla residenza fiscale USA, allegando inoltre il modello W-9.

STATO DI RESIDENZA FISCALE	CODICI NIF/ TIN	NEL CASO IN CUI IL NIF NON SIA DISPONIBILE, SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1		
2		

CITTADINANZA
1
2

Informativa ai fini FATCA - SOLO PER LE PERSONE FISICHE che presentano indizi anagrafici USA

In caso di risposta NO, qualora tra i seguenti dati anagrafici - luogo di nascita, cittadinanza/nazionalità, domicilio corrente, conto corrente o esecutore/delegato USA – risultino indizi di americanità, il sottoscritto dovrà fornire la seguente documentazione:

• documento valido ai fini identificativi non USA (carta d'identità o passaporto);

• copia del certificato di Perdita di Cittadinanza USA ("Individual Certificate of Loss of Nationality of the United States").

La Compagnia si riserva di verificare l'attendibilità delle informazioni fornite.

Informativa ai fini FATCA e CRS

Il sottoscritto **DICHIARA** che tutte le informazioni fornite con riferimento alle normative FATCA e CRS sono state rese ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e di essere consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese.

I dati fiscali raccolti saranno oggetto di procedura di adeguata verifica in materia fiscale ("due diligence") per l'identificazione e la successiva comunicazione obbligatoria alle Autorità Fiscali ai sensi della normativa Common Reporting Standard/FATCA vigente.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia qualsiasi "cambio di circostanza" che modifichi i dati precedentemente comunicati, compreso il domicilio laddove trasferito all'estero.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, DICHIARA che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì DICHIARA di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza.

_____ _____

Luogo e Data Firma dell'Aderente

SCELTA DELL'ADERENTE

Il sottoscritto **RICHIEDE** la prestazione R.I.T.A. come riportato nella sezione nel Regolamento del Piano Individuale Pensionistico. La liquidazione dovrà essere effettuata con le seguenti modalità e la frequenza di erogazione sarà **TRIMESTRALE:**

- PERCENTUALE DELLA POSIZIONE DA DESTINARE ALL'EROGAZIONE DELLA R.I.T.A.

☐ 100% DELL'INTERA POSIZIONE

☐ _____ % (altro - SPECIFICARE LA PERCENTUALE)

- COMPARTO DI GESTIONE DELLA POSIZIONE DESTINATA A R.I.T.A.

☐ COMPARTO PIU' PRUDENTE DEL PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO

☐ COMPARTO/I ATTUALE/I

In mancanza di una scelta, il montante sarà destinato al comparto più prudente

- TIPOLOGIA E REQUISITI DI LEGGE

☐ PER CONTRIBUZIONE
- cessazione dell'attività lavorativa
- 20 anni di contribuzione complessiva nel regime obbligatorio di appartenenza
- maturazione del diritto ad ottenere la pensione di vecchiaia entro i 5 anni successivi
- maturazione di cinque anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari

☐ PER INOCCUPAZIONE
- cessazione dell'attività lavorativa
- inoccupazione successiva alla cessazione maggiore di 24 mesi
- maturazione del diritto ad ottenere la pensione di vecchiaia entro i 10 anni successivi
- maturazione di cinque anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari

_____ _____

Luogo e Data Firma dell'Aderente

NOTE:

- *la richiesta di R.I.T.A. deve essere presentata alla Compagnia entro un termine congruo, prima del compimento dell'età della pensione di vecchiaia, che consenta alla Compagnia di erogare almeno 2 rate*

- *per entrambe le tipologie di R.I.T.A. è richiesto il requisito di 5 anni di partecipazione alle forme di previdenza complementare*

- *l'importo oggetto di R.I.T.A. è quello risultante dalla somma:*
  - *del capitale investito nella Gestione Interna Separata rivalutato fino alla data di ricevimento della richiesta di liquidazione da parte della Compagnia*
    e
  - *il controvalore delle quote dei Fondi Interni Assicurativi calcolato con la quotazione al secondo giorno di Borsa aperto successivo alla data di ricevimento della richiesta di liquidazione da parte della Compagnia*

- *qualora l'investimento sia stato effettuato in comparti differenti, il disinvestimento verrà effettuato applicando il criterio di proporzionalità di ogni singolo comparto sul montante totale*

- *l'importo della rata potrà subire variazioni, anche in negativo, in conseguenza dell'andamento dei mercati finanziari*

- *è consigliato scegliere opzioni di investimento coerenti con il proprio orizzonte temporale residuo*

- *nel Regolamento del Piano Individuale Pensionistico e nella Nota Informativa è possibile consultare le principali caratteristiche e i casi particolari relativi alla R.I.T.A.: revoca, decesso del beneficiario della R.I.T.A., contribuzioni successive all'attivazione della R.I.T.A., trasferimento della posizione previdenziale e le spese relative alla prestazione erogata*

- *la prestazione spetta solamente agli iscritti titolari di reddito da lavoro*

- *le opzioni consentite sono tra loro alternative: qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato*

- *le prestazioni sono erogate al netto della tassazione prevista dalla normativa; per avere maggiori dettagli sulla fiscalità applicabile alle erogazioni dei fondi pensione sul montante maturato dal 01/01/2007 è necessario fare riferimento al documento sul regime fiscale disponibile sul sito:* www.gruppocnp.it

- *sarà cura di CNP Vita Assicurazione S.p.A., in qualità di sostituto d'imposta, fornirle il prossimo anno, entro la data stabilita dalla vigente normativa, la Certificazione Unica riepilogativa di tutti i dettagli fiscali della liquidazione effettuata. Qualora la stessa non dovesse pervenirle entro la scadenza di Legge, provvederemo al re-inoltro solo dietro richiesta sottoscritta dall'aderente.*

DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

- Data PRIMA iscrizione a forme pensionistiche complementari per cui non sia stato esercitato il diritto di riscatto: _____/_____/_____

- Il sottoscritto dichiara che l'importo dei contributi versati lo scorso anno è stato o sarà

☐ totalmente dedotto
☐ totalmente non dedotto
☐ non dedotto per un importo pari a euro * _____

- Il sottoscritto dichiara che l'importo dei contributi versati nell'anno in corso

☐ sarà portato in deduzione
☐ non sarà portato in deduzione
☐ non sarà portato in deduzione per un importo pari a euro *_____

***ISTRUZIONI:** devono essere comunicati alla Compagnia anche gli importi dei contributi eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla vigente normativa, che non sono stati o che non si è potuto portare in deduzione.*
L'importo da indicare non deve comprendere la quota di contribuzione riferibile al TFR.

_____ _____
Luogo e Data Firma dell'Aderente

MODALITA' DI PAGAMENTO

L'Aderente chiede che l'importo relativo alla liquidazione venga accreditato sul seguente conto corrente a lui intestato:

BANCA _____ FILIALE _____

IBAN |__|__| |__|__| |__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Intestatario del conto _____

Si rammenta che il conto corrente deve essere intestato all'Aderente.

Qualora si rendesse necessario effettuare il pagamento su un conto corrente non intestato all'Aderente sarà indispensabile compilare il box sottostante riferito alla "DELEGA ALL'INCASSO" unitamente alla copia di un documento d'identità in corso di validità dell'intestatario del conto corrente.

È possibile visionare il testo dell'informativa privacy costantemente aggiornata nella sezione Privacy del sito internet www.gruppocnp.it.

_____ _____
Luogo e Data Firma dell'Aderente

Timbro e firma del Soggetto Abilitato _____
per l'autenticazione della firma dell'Aderente e per la certificazione di esistenza in vita del medesimo

DELEGA ALL'INCASSO

Il sottoscritto Aderente _____

DELEGA

COGNOME E NOME _____

C.F. _____ Nazionalità _____

Luogo e data di nascita _____ (____) _____/_____/_____ sesso _____

Residente a _____ (____) via _____

CAP _____ Paese _____

Recapito telefonico _____ e-mail/PEC _____

Documento di identità _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il _____/_____/_____

PEP* ☐ SI ☐ NO

ad incassare la somma corrispondente alla richiesta di liquidazione della posizione individuale accantonata presso questo Piano Individuale Pensionistico, consapevole che il relativo importo verrà liquidato sul conto corrente a lui stesso intestato e di seguito indicato

IBAN I__I__I I__I__I I__I I__I__I__I__I__I I__I__I__I__I__I I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Pertanto, esonera la Compagnia da qualunque responsabilità e dichiara altresì di non avere più nulla a pretendere nei confronti della Compagnia relativamente alla presente richiesta di liquidazione.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, ai sensi del Regolamento UE 2016 / 679 (GDPR), lei, delegato al riscatto, prende atto che CNP Vita Assicurazione S.p.A. tratterrà i suoi dati personali in qualità di titolare del trattamento. I dati raccolti con il presente modulo sono necessari per dare seguito alla prestazione richiesta in base alle disposizioni vigenti (art. 6 lett. b - c GDPR) e verranno utilizzati esclusivamente per tali fini e conservati per il tempo corrispondente. Le ricordiamo che può esercitare in ogni momento i diritti sui suoi dati personali riconosciuti dal GDPR (in particolare i diritti di: accesso, cancellazione, limitazione, opposizione e portabilità) e avere maggiori informazioni sul trattamento dei suoi dati scrivendo a CNP Vita Assicurazione S.p.A.. Per avere maggiori informazioni sui suoi diritti può consultare l'informativa estesa. Qualora ritenga che il trattamento dei dati descritto sia illegittimo può proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali.
È possibile visionare il testo dell'informativa privacy costantemente aggiornata nella sezione Privacy del sito internet www.gruppocnp.it.

_____ _____

Luogo e Data — Firma dell'Aderente

_____

Firma del Delegato

*PEP: Persona Esposta Politicamente. La definizione completa è disponibile nella sezione dedicata del presente modulo.

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il sottoscritto delegato all'incasso dichiara:

di avere residenza fiscale al di fuori dell'Italia e/o di avere cittadinanza negli USA ☐ **SI** ☐ **NO**

IN CASO DI RISPOSTA "SÌ", riportare nel seguente box i codici **NIF**, per residenza fiscale estera diversa da **USA**, se previsto, o **TIN**, corrispondente alla residenza fiscale USA, allegando inoltre il modello W-9.

STATO DI RESIDENZA FISCALE	CODICI NIF/ TIN	NEL CASO IN CUI IL NIF NON SIA DISPONIBILE, SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1		
2		

CITTADINANZA
1
2

Informativa ai fini FATCA - SOLO PER LE PERSONE FISICHE che presentano indizi anagrafici USA

In caso di risposta NO, qualora tra i seguenti dati anagrafici - luogo di nascita, cittadinanza/nazionalità, domicilio corrente, conto corrente o esecutore/delegato USA – risultino indizi di americanità, il sottoscritto dovrà fornire la seguente documentazione:

• documento valido ai fini identificativi non USA (carta d'identità o passaporto);

• copia del certificato di Perdita di Cittadinanza USA ("Individual Certificate of Loss of Nationality of the United States").

La Compagnia si riserva di verificare l'attendibilità delle informazioni fornite.

Informativa ai fini FATCA e CRS

Il sottoscritto **DICHIARA** che tutte le informazioni fornite con riferimento alle normative FATCA e CRS sono state rese ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e di essere consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese.

I dati fiscali raccolti saranno oggetto di procedura di adeguata verifica in materia fiscale ("due diligence") per l'identificazione e la successiva comunicazione obbligatoria alle Autorità Fiscali ai sensi della normativa Common Reporting Standard/FATCA vigente.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia qualsiasi "cambio di circostanza" che modifichi i dati precedentemente comunicati, compreso il domicilio laddove trasferito all'estero.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, DICHIARA che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì DICHIARA di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza.

_____ _____

Luogo e Data Firma del Delegato

DICHIARAZIONE DELL'ADERENTE E DOCUMENTI DA ALLEGARE

Il sottoscritto **DICHIARA:**

- di essere in possesso dei requisiti richiesti dalla Legge e dal Regolamento del Piano Individuale Pensionistico, necessari per fruire delle suddette somme
- di allegare alla presente domanda la seguente documentazione a supporto:

Se ha scelto la tipologia "**R.I.T.A. per CONTRIBUZIONE**"

1. attestazione della maturazione dei 20 anni di contributi nel regime obbligatorio di appartenenza mediante estratto contributivo dell'Ente nonché l'inoccupazione a seguito di cessazione dell'attività di lavorativa, resa mediante dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445 del 2000
2. conferma della cessazione dell'attività lavorativa: è possibile fornire documentazione dalla quale si evinca l'avvenuta interruzione del rapporto di lavoro (es. lettera di dimissione timbrata e firmata dal datore, certificato di chiusura della partita I.V.A o documento equivalente per chi non ha la partita I.V.A)
3. copia documento d'identità in corso di validità
4. copia documento d'identità in corso di validità dell'intestatario del conto corrente, se diverso dall'Aderente

Se ha scelto la tipologia "**R.I.T.A. per INOCCUPAZIONE**"

1. attestazione della inoccupazione superiore a 24 mesi (DID); è possibile fornire documentazione dalla quale si evinca l'avvenuta interruzione del rapporto di lavoro (es. lettera di dimissione timbrata e firmata dal datore) ovvero, **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DELLO STATO DI NON OCCUPAZIONE** allegata
2. copia documento di identità in corso di validità
3. copia documento d'identità in corso di validità dell'intestatario del conto corrente, se diverso dall'Aderente

Nel caso in cui alla Compagnia sia stata notificata una pratica di **prestito contro cessione di quote dello stipendio** si **AUTORIZZA** la Compagnia a corrispondere, nei limiti di legge, l'importo netto della prestazione alla società finanziaria con la quale si è contratto il debito, per la sola parte di debito non ancora estinta.
Faranno fede i conteggi comunicati dalla Società Finanziaria.

ACCETTA di ricevere all'indirizzo di corrispondenza indicato il modello CU, che gli verrà spedito per posta ordinaria dalla Compagnia e si **IMPEGNA** a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso.

Il sottoscritto è responsabile della correttezza e della veridicità dei dati e delle informazioni fornite ai sensi del presente modulo e si **IMPEGNA,** inoltre, a fornire alla Compagnia ogni ulteriore informazione che si dovesse rendere necessaria ai fine della liquidazione stessa.

_____ _____

Luogo e Data Firma dell'Aderente

***Nota**: nel caso in cui la domanda risulti incompleta o insufficiente la Compagnia richiederà gli elementi integrativi.*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DELLO STATO DI NON OCCUPAZIONE
(non avendo reso Dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro)

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome_____

consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi

in relazione alla richiesta di liquidazione per RITA con anticipo di non oltre 10 anni rispetto alla maturazione del requisito anagrafico previsto per la pensione di vecchiaia e **con inoccupazione di almeno 24 mesi**

non avendo reso la Dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro (DID) agli uffici competenti e al fine di attestare la **condizione di non occupazione** prevista dall'art.19 comma 7 del D.Lgs 150/2015 secondo quanto precisato con Circolari n. 34 del 23 dicembre 2015 e n. 5090 del 4 aprile 2016 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali

DICHIARA:

- di non aver svolto e di non svolgere attività lavorativa, in forma subordinata, parasubordinata o autonoma dal _____/_____/_____ ad oggi

  OVVERO

- di non aver svolto e di non svolgere una tale attività lavorativa da cui abbia ricavato un reddito annuo superiore al reddito minimo escluso da imposizione dal _____/_____/_____ ad oggi.

_____ _____

Luogo e Data Firma dell'Aderente (DA AUTENTICARE*)

* la dichiarazione dovrà essere autenticata dalle autorità competenti -comune, cancelleria, notaio-

DEFINIZIONE PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE (c.d. PEP)

Sono considerate persone politicamente esposte (PEP) le persone fisiche di cui al D.Lgs. 231/2007, modificato con D.Lgs. 90/2017 all'articolo 1, comma 2, lettera dd) di seguito riportato:

Le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1. sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
   - 1.1. Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
   - 1.2. deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
   - 1.3. membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
   - 1.4. giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
   - 1.5. membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
   - 1.6. ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
   - 1.7. componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
   - 1.8. direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
   - 1.9. direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali.
2. sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
3. sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
   - 3.1. le persone fisiche che, ai sensi del presente decreto detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti d'affari;
   - 3.2. le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Edizione 02_2022