

## RICHIESTA DI RISCOATTO TOTALE PER PERDITA DEI REQUISITI 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** il riscatto immediato della posizione individuale maturata a seguito di cessazione dell'attività lavorativa per perdita dei requisiti, così come riportato nella sezione del Regolamento del Piano Individuale Pensionistico.

Data di cessazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### NOTE:

- *i soggetti che non hanno mai svolto attività lavorativa, non rientrano nella casistica in questione e non hanno diritto alla liquidazione per inoccupazione*
- *può essere richiesto dagli aderenti che hanno dichiarato di svolgere attività lavorativa all'atto della prima sottoscrizione di prodotti di previdenza complementari e che abbiano successivamente perso lo status di lavoratore*
- *l'importo oggetto di liquidazione 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*
- *le prestazioni sono erogate al netto della tassazione prevista dalla normativa che risulta meno favorevole rispetto alle altre tipologie di riscatto; 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](http://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*

\_\_\_\_\_  
Luogo e Data

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Aderente





## 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:
  1. documentazione idonea a comprovare l'avvenuta cessazione dello status di lavoratore (ad esempio, DID ovvero **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO CHE ATTESTI CHE IL SOGGETTO NON STA SVOLGENDO ATTIVITÀ LAVORATIVA** allegata)
  2. documentazione comprovante lo stato di attuale disoccupazione
  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

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 fini 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 e eseguirà il pagamento entro il termine massimo di 180 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

**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 riscatto per perdita requisiti della posizione individuale

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 aver cessato, successivamente all'adesione al Piano Individuale Pensionistico, l'attività lavorativa in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ come da documentazione allegata e di non svolgere attualmente alcuna attività lavorativa, in forma subordinata, parasubordinata o autonoma

\_\_\_\_\_  
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.