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

FONDO PENSIONE APERTO CNP

RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER ULTERIORI ESIGENZE

La documentazione completa consentirà alla Compagnia di effettuare la liquidazione in tempi più rapidi.

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ADERENTE

COGNOME E NOME _____

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 _____/_____/_____

Note: L'indirizzo di corrispondenza *verrà utilizzato dal Fondo 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, se 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 se dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto 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 se trasferito all'estero.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale che deriva da affermazioni non veritiere, 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** l'anticipazione per ulteriori esigenze, così come riportato nella sezione del Regolamento del Fondo.

Indicare la percentuale richiesta sul montante maturato _____%

Tale percentuale non potrà comunque superare il limite massimo consentito

Nel caso non sia indicata una percentuale verrà liquidato il massimo anticipabile

NOTE:

- *l'anticipazione può essere richiesta dopo almeno 8 anni di partecipazione ad una forma pensionistica per un importo non superiore al 30% della posizione individuale maturata*
- *per determinare l'anzianità necessaria (8 anni) sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione alle forme pensionistiche complementari per i quali non sia stato esercitato il riscatto totale della posizione individuale*
- *l'importo dell'anticipazione è quello risultante al primo giorno di valorizzazione utile successivo a quello in cui il Fondo ha verificato la sussistenza delle condizioni che danno diritto all'anticipazione*
- *se l'investimento è stato effettuato in comparti differenti, il disinvestimento verrà effettuato applicando il criterio di proporzionalità di ogni singolo comparto sul montante totale*
- *l'importo nuovamente erogabile, per ulteriori esigenze, non potrà essere superiore al 30% del montante, al quale si sommano le anticipazioni percepite e non reintegrate e si sottraggono le somme già corrisposte in precedenza*
- *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, 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. Se non dovesse pervenirle entro la scadenza di Legge, provvederemo al re-inoltro solo dietro richiesta sottoscritta dall'aderente*

_____ _____

Luogo e Data Firma dell'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 al Fondo Pensione anche gli importi dei contributi che superano la quota di deducibilità prevista dalla vigente normativa (euro 5.164,57 all'anno), 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 ricorda che il conto corrente deve essere intestato all'Aderente.

Se 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 valido 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:

COGNOME E NOME _____

DELEGA

COGNOME E NOME _____

ad incassare la somma corrispondente alla richiesta di liquidazione della posizione individuale accantonata presso questo Fondo, 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 il Fondo da qualunque responsabilità e dichiara altresì di non avere più nulla a pretendere nei confronti del Fondo 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 il Fondo Pensione/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

DICHIARAZIONE DELL'ADERENTE E DOCUMENTI DA ALLEGARE

Il sottoscritto **DICHIARA:**

- di essere in possesso dei requisiti richiesti dalla normativa e dal Regolamento del Fondo Pensione Aperto, necessari per richiedere l'anticipazione
- di allegare alla presente domanda la seguente documentazione a supporto:
    1. in presenza di contratti di cessione del quinto dello stipendio, a fronte di contratti di finanziamento con vincolo a favore della Finanziaria del fondo pensione aperto, dichiarazione della Finanziaria valida come autorizzazione a procedere all'erogazione dell'anticipazione.
    2. copia documento d'identità valido **dell'Aderente**
    3. copia documento d'identità valido **dell'intestatario del conto corrente**, se diverso dall'Aderente

ACCETTA di ricevere all'indirizzo di corrispondenza indicato il modello CU, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo 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 si **IMPEGNA** a fornire al Fondo ogni ulteriore informazione ai fini della liquidazione stessa.

_____ _____

Luogo e Data Firma dell'Aderente

***Nota**: se la domanda risulta incompleta o insufficiente, il Fondo richiederà gli elementi integrativi e eseguirà il pagamento entro il termine massimo di 60 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Dopo il termine di 60 giorni sono dovuti gli interessi legali a favore dell'Aderente.*

Edizione 06_2022