

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER PRESTAZIONE PENSIONISTICA PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO (PIP) ADEGUATO

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

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 _____ scadenza _____

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, 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 emerge 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** la liquidazione della prestazione pensionistica, così come riportato nella sezione del Regolamento del Piano Individuale Pensionistico.

La liquidazione dovrà essere effettuata con le seguenti modalità:

☐ 100% CAPITALE* ☐ 50% CAPITALE e 50% RENDITA ☐ CAPITALE _____% e RENDITA _____%

*Ammesso solo se la rendita derivante dalla conversione del 70% del montante sia inferiore al 50% dell'assegno sociale e per i vecchi iscritti, ovvero coloro che hanno aderito alla previdenza complementare ante 28/04/1993 e non abbiano esercitato il diritto di riscatto.

Nel solo caso di richiesta di **erogazione totale o parziale di una RENDITA pensionistica**, è obbligatorio compilare anche la sezione sottostante:

FREQUENZA DI EROGAZIONE: ☐ annuale ☐ semestrale ☐ trimestrale ☐ mensile

TIPOLOGIA DI RENDITA:

☐ Rendita Vitalizia

☐ Rendita certa 5 anni e successivamente vitalizia ☐ Rendita certa 10 anni e successivamente vitalizia

Beneficiario in caso di premorienza durante il godimento della rendita certa:

Cognome e nome _____

C.F. del Beneficiario _____ sesso del Beneficiario _____

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

Recapito telefonico _____ e-mail _____

☐ Rendita Vitalizia Reversibile

Percentuale di reversibilità: ☐ 100% ☐ 60% ☐ 50%

Reversionario: Cognome e nome _____

C.F. del Reversionario _____ sesso del Reversionario _____

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

Recapito telefonico _____ e-mail _____

Luogo e Data

Firma dell'Aderente

NOTE:

- *il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, con almeno 5 anni di partecipazione alle Forme Pensionistiche Complementari. Per determinare l'anzianità necessaria (5 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. Per documentare la precedente iscrizione ad altro prodotto di previdenza complementare non ancora riscattato, è necessario allegare la copia dell'ultimo estratto conto annuale ricevuto, o una stampa più recente di una pagina dell'Area Riservata relativa al contratto, che evidenzia la data di prima adesione*
- *il termine di cui sopra è ridotto a 3 anni per il lavoratore che cessa il rapporto di lavoro per motivi indipendenti dal fatto che lo stesso acquisisca il diritto a una pensione complementare e che si sposti in un altro Stato membro dell'Unione Europea (D.lgs. 88/2018)*
- *l'importo della 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 pensionistiche possono essere erogate in capitale, secondo il valore attuale, fino ad un massimo del 50%; la parte residua deve essere erogata in forma di rendita. Solamente i "vecchi iscritti" possono richiedere l'erogazione al 100% in forma capitale. Si intendono "vecchi iscritti" coloro che hanno aderito alla previdenza complementare ante 28/04/1993, non abbiano esercitato il diritto di riscatto e abbiano trasferito la posizione previdenziale originaria*
- *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*
- *si precisa che, nell'ipotesi in cui l'aderente sia iscritto a più forme pensionistiche complementari, ai fini della determinazione dell'anzianità utile per il calcolo dell'aliquota di tassazione, occorre far riferimento all'anzianità maturata in relazione alla prima posizione accesa e non integralmente riscattata. Per documentare la precedente iscrizione ad altro prodotto di previdenza complementare non ancora riscattato, è necessario allegare una stampa recente e attuale di una pagina dell'Area Riservata relativa al contratto o la copia dell'ultimo estratto contributivo ricevuto, che evidenzia che la posizione è attiva e la data di prima adesione. In mancanza di precise indicazioni a riguardo, il calcolo dell'aliquota verrà effettuato sulla base dei dati a nostra disposizione*
- *sarà cura di CNP Vita Assicura 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. Se non dovesse pervenirle entro la scadenza di Legge, provvederemo al re-inoltro solo dietro richiesta sottoscritta dall'aderente.*

DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

- Il sottoscritto dichiara:

☐ di NON essere iscritto ad altre forme pensionistiche complementari attualmente attive
oppure

☐ di essere iscritto alla forma pensionistica _____
dal ____/____/____ per cui ad oggi non ha esercitato il diritto di riscatto

NOTA BENE: nell'ipotesi in cui l'aderente sia iscritto ad un'altra forma pensionistica complementare, ai fini della determinazione dell'anzianità utile per il calcolo dell'aliquota di tassazione, verrà considerata la data di prima iscrizione. In mancanza di precise indicazioni a riguardo, il calcolo dell'aliquota verrà effettuato sulla base dei dati a nostra disposizione

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

☐ totalmente dedotto nella dichiarazione dei redditi
☐ totalmente non dedotto nella dichiarazione dei redditi
☐ non dedotto nella dichiarazione dei redditi per un importo pari a euro * _____

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

☐ sarà portato in deduzione nella prossima dichiarazione dei redditi
☐ non sarà portato in deduzione nella prossima dichiarazione dei redditi
☐ non sarà portato in deduzione nella prossima dichiarazione dei redditi per un importo pari a euro
* _____

***ISTRUZIONI:** devono essere comunicati alla Compagnia 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
all'intermediazione per la Compagnia

*Per soggetto abilitato si intende il soggetto operante con mandato
agenziale/accordo distributivo con la Compagnia, che autentica la firma
del Contraente/Esecutore e certifica l'esistenza in vita dell'Assicurato*

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, 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 emerge 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 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 Piano Individuale Pensionistico necessari per richiedere la liquidazione, di seguito riportati:

- di aver maturato i requisiti di accesso alla prestazione pensionistica nel regime obbligatorio di appartenenza
- di aver maturato almeno 5 anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari
- di allegare alla presente domanda la seguente documentazione a supporto:
 1. copia del certificato di pensione rilasciato dall'INPS o dalla Cassa erogante la prestazione, in alternativa, ad integrazione della documentazione che provi la titolarità di un trattamento pensionistico (estratto conto relativo all'accredito di una rata di pensione), una DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO CHE ATTESTI LA TIPOLOGIA DI PENSIONE PERCEPITA, oppure, nel caso l'Aderente sia casalinga, richiediamo l'autocertificazione che attesti tale stato. In tale caso, la prestazione pensionistica potrà essere erogata solo se l'Aderente si trova in possesso dei requisiti anagrafici utili per l'accesso all'assegno sociale
 2. copia documento d'identità in valido **dell'Aderente**
 3. copia documento d'identità valido **del reversionario/beneficiario** da allegare al presente modulo in caso di opzione di rendita reversibile o rendita certa
 4. copia documento d'identità valido **dell'intestatario del conto corrente**, se diverso dall'Aderente
 5. solo in caso di precedente iscrizione ad altro prodotto di previdenza complementare non ancora riscattato, è necessario allegare una stampa recente e attuale di una pagina dell'Area Riservata relativa al contratto o la copia dell'ultimo estratto contributivo ricevuto, che evidenzia che la posizione è attiva e la data di prima adesione.

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 necessaria ai fini della liquidazione stessa.

Luogo e Data

Firma dell'Aderente

Nota: se la domanda risulta incompleta o insufficiente la Compagnia richiederà gli elementi integrativi e eseguirà il pagamento entro il termine massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.
Dopo il termine di 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a favore dell'Aderente.

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.