

RICHIESTA DI RISCATTO TOTALE 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 **RICHIESTE** il riscatto totale del 100% della posizione individuale maturata così come riportato nella sezione del Regolamento del Piano Individuale Pensionistico, a seguito di cessazione dell'attività lavorativa con disoccupazione superiore ai 48 mesi.

Data di cessazione ____/____/____

DICHIARA che ha cessato l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Piano Individuale Pensionistico a seguito di:

- Volontà delle parti (dimissioni, licenziamento, risoluzione consensuale, cambio inquadramento per passaggio a dirigente)
- Causa indipendente dalla volontà delle parti (mobilità, fallimento, fondo esuberi, cassa integrazione guadagni)

NOTE:

- *i soggetti che non hanno mai svolto attività lavorativa, non rientrano nella casistica in questione e non hanno diritto alla liquidazione per inoccupazione*
- *occorre prestare la massima attenzione nell'indicazione della motivazione della richiesta di riscatto (volontario o involontario) in quanto determinerà una differente tassazione. In caso di errore, la Compagnia non potrà procedere alla rettifica dei conteggi e della relativa CU*
- *l'importo del riscatto 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; 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*

Luogo e Data

Firma dell'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

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 Legge e dal Regolamento del Piano Individuale Pensionistico, necessari per richiedere il riscatto
- di allegare alla presente domanda la seguente documentazione a supporto:
 1. documentazione comprovante lo stato di attuale disoccupazione
 2. documentazione comprovante la causa e la data di inizio dello stato di disoccupazione - es. copia del certificato di chiusura della Partita IVA, DID, comunicazione dell'azienda dalla quale risulti la data di cessazione del rapporto di lavoro, copia della lettera di dimissioni o di licenziamento, copia della sentenza di fallimento dell'azienda o documentazione relativa ad altre procedure concorsuali oppure **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DELLO STATO DI NON OCCUPAZIONE** allegata
 3. copia documento d'identità valido **dell'Aderente**
 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 180 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Dopo il termine di 180 giorni sono dovuti gli interessi legali a favore dell'Aderente.

**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 riscatto totale per **inoccupazione superiore a 48 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.