

CASSA DI PREVIDENZA - FONDO PENSIONE 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 _____ scadenza _____

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).*

SCELTA DELL'ADERENTE

Il sottoscritto **RICHIEDE** l'anticipazione per ulteriori esigenze, così come riportato nelle Condizioni Contrattuali 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 fino al 30% della posizione individuale maturata può essere richiesta dopo almeno 8 anni di partecipazione ad una forma pensionistica. 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. 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 evidenzi la data di prima adesione;*
- *l'importo nuovamente erogabile, per ulteriori esigenze, non potrà essere superiore al 30% del montante, incrementato delle anticipazioni percepite e non reintegrate e decurtato delle somme già corrisposte in precedenza;*
- *le prestazioni sono erogate al netto della tassazione prevista dalla normativa;*
- *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. 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

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 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 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

Intestazione esatta del titolare del conto _____

(come riportata nelle comunicazioni bancarie)

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

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

[illegible]

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 Assicura 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 Assicura 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 dell'Aderente

Firma del Delegato

DICHIARAZIONE DELL'ADERENTE E DOCUMENTI DA ALLEGARE

Il sottoscritto **DICHIARA**:

- di essere in possesso dei requisiti richiesti dalla Legge e dalle Condizioni Contrattuali, necessari per fruire delle suddette somme
- 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, dichiarazione della Finanziaria valida come autorizzazione a procedere all'erogazione dell'anticipazione.
 2. copia documento d'identità in corso di validità dell'aderente
 3. copia documento d'identità in corso di validità 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 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 il Fondo richiederà gli elementi integrativi e eseguirà il pagamento entro il termine massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso il termine di 30 giorni, e a partire dal termine stesso, sono dovuti gli interessi legali a favore dell'Aderente.