

CASSA DI PREVIDENZA - FONDO PENSIONE CNP

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER R.I.T.A. (Rendita Integrativa Temporanea Anticipata)

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** la prestazione R.I.T.A. come riportato nelle Condizioni Contrattuali. La liquidazione dovrà essere effettuata con le seguenti modalità e la frequenza di erogazione sarà **TRIMESTRALE**:

- PERCENTUALE DELLA POSIZIONE DA DESTINARE ALL'EROGAZIONE DELLA R.I.T.A.

☐ 100% DELL'INTERA POSIZIONE

☐ _____ % (altro - SPECIFICARE LA PERCENTUALE)

- COMPARTO DI GESTIONE DELLA POSIZIONE DESTINATA A R.I.T.A.

☐ COMPARTO PIU' PRUDENTE DEL FONDO

☐ COMPARTO/I ATTUALE/I

In mancanza di una scelta, il montante sarà destinato al comparto più prudente

- TIPOLOGIA E REQUISITI DI LEGGE

☐ PER CONTRIBUZIONE - cessazione dell'attività lavorativa
- 20 anni di contribuzione complessiva nel regime obbligatorio di appartenenza
- maturazione del diritto ad ottenere la pensione di vecchiaia entro i 5 anni successivi
- maturazione di cinque anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari

☐ PER INOCCUPAZIONE - cessazione dell'attività lavorativa
- inoccupazione, successiva alla cessazione dell'attività lavorativa, per un periodo di tempo superiore a 24 mesi
- maturazione del diritto ad ottenere la pensione di vecchiaia entro i 10 anni successivi
- maturazione di cinque anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari

Luogo e Data

Firma dell'Aderente

NOTE:

- *La richiesta di R.I.T.A. deve essere presentata al Fondo entro un termine congruo, prima del compimento dell'età della pensione di vecchiaia, che consenta al Fondo di erogare almeno 2 rate*
- *per entrambe le tipologie di R.I.T.A. è richiesto il requisito di 5 anni di partecipazione alle forme di previdenza complementare*
- *l'importo della rata potrà subire variazioni, anche in negativo, in conseguenza dell'andamento dei mercati finanziari.*
- *è consigliato scegliere opzioni di investimento coerenti con il proprio orizzonte temporale residuo*
- *nelle Condizioni Contrattuali è possibile consultare le principali caratteristiche e i casi particolari relativi alla R.I.T.A.: revoca, decesso del beneficiario della R.I.T.A., contribuzioni successive all'attivazione della R.I.T.A., trasferimento della posizione previdenziale e le spese relative alla prestazione erogata*
- *la prestazione spetta solamente agli iscritti titolari di reddito da lavoro*
- *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. Qualora la stessa 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 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 _____

[illegible]

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

IBAN

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 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:

Se ha scelto la tipologia **"R.I.T.A. per CONTRIBUZIONE"**

1. attestazione della maturazione dei 20 anni di contributi nel regime obbligatorio di appartenenza mediante estratto contributivo dell'Ente nonché l'inoccupazione a seguito di cessazione dell'attività di lavorativa, resa mediante dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445 del 2000
2. conferma della cessazione dell'attività lavorativa: è possibile fornire documentazione dalla quale si evinca l'avvenuta interruzione del rapporto di lavoro (es. lettera di dimissione timbrata e firmata dal datore, certificato di chiusura della partita I.V.A o documento equivalente per chi non ha la partita I.V.A)

Se ha scelto la tipologia **"R.I.T.A. per INOCCUPAZIONE"**

1. attestazione della inoccupazione superiore a 24 mesi (DID); è possibile fornire documentazione dalla quale si evinca l'avvenuta interruzione del rapporto di lavoro (es. lettera di dimissione timbrata e firmata dal datore) ovvero, **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DELLO STATO DI NON OCCUPAZIONE** allegata

Sempre da allegare:

- ☐ copia documento d'identità valido **dell'Aderente**
- ☐ copia documento d'identità valido **dell'intestatario del conto corrente**, se diverso dall'Aderente
- ☐ 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 al Fondo sia stata notificata una pratica di **prestito contro cessione di quote dello stipendio** si **AUTORIZZA** il Fondo 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 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 e si **IMPEGNA**, inoltre, a fornire al Fondo 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 il Fondo richiederà gli elementi integrativi e eseguirà il pagamento entro il termine massimo di 60 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Decorso il termine di 60 giorni, e a partire dal termine stesso, 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 RITA con anticipo di non oltre 10 anni rispetto alla maturazione del requisito anagrafico previsto per la pensione di vecchiaia e **con inoccupazione di almeno 24 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-