

CASSA DI PREVIDENZA - FONDO PENSIONE CNP
RICHIESTA DI RISCATTO TOTALE PER PERDITA DEI REQUISITI

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** il riscatto immediato della posizione individuale maturata a seguito di cessazione dell'attività lavorativa per perdita dei requisiti, così come riportato nelle Condizioni Contrattuali.

Data di cessazione ____/____/____

NOTE:

- *può essere richiesto dagli aderenti che hanno dichiarato di svolgere attività lavorativa all'atto della prima sottoscrizione di prodotti di previdenza complementari e che abbiano successivamente perso lo status di lavoratore*
- *l'aderente che ha aderito in forma collettiva e che perde i requisiti in costanza di lavoro può riscattare finché non effettua versamenti volontari*
- *le prestazioni sono erogate al netto della tassazione prevista dalla normativa che risulta meno favorevole rispetto alle altre tipologie di riscatto; 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 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.

L'importo da indicare non deve comprendere la quota di contribuzione riferibile al TFR.

Luogo e Data	Firma dell'Aderente
--------------	---------------------

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 _____

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:
 1. documentazione idonea a comprovare l'avvenuta cessazione dello status di lavoratore (ad esempio, DID ovvero **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO CHE ATTESTI CHE IL SOGGETTO NON STA SVOLGENDO ATTIVITÀ LAVORATIVA** allegata)
 2. documentazione comprovante lo stato di attuale disoccupazione
 3. copia documento d'identità in corso di validità **dell'Aderente**
 4. copia documento d'identità in corso di validità **dell'intestatario del conto corrente**, se diverso dall'Aderente

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 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

**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 riscatto per perdita requisiti della posizione individuale

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 aver cessato, successivamente all'adesione al Fondo, l'attività lavorativa in data ____/____/____
come da documentazione allegata e di non svolgere attualmente alcuna attività lavorativa, in forma subordinata, parasubordinata o autonoma

Luogo e Data

Firma dell'Aderente (DA AUTENTICARE*)

* la dichiarazione dovrà essere autenticata dalle autorità competenti -comune, cancelleria, notaio-