

Da inviare a:

VERA VITA S.p.A.

VIA CARLO EDERLE, 45, 37126 VERONA (VR)

Contratto n° _____

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO _____

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA

L'Aderente

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato a _____ Prov _____ il ____ / ____ / _____

Indirizzo di residenza

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo _____ Telefono _____

Domicilio (se diverso dall'indirizzo di residenza)

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo _____ Telefono _____

avendo maturato il diritto al trattamento di pensione a carico della previdenza obbligatoria con almeno 5 anni di partecipazione alla Previdenza Complementare



Vera Vita SpA

Sede Legale Via Carlo Ederle 45, 37126, Verona – Italia – veravitaassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - tel.+39045.8392777
Capitale Sociale i.v. Euro 219.600.005,00 – Registro delle Imprese di Verona. CF. e P. IVA 03035950231 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione – società cooperativa – Verona - Impresa Autorizzata all'Esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP N.1762 del 21 dicembre 2000 G.U. N.1 del 2 Gennaio 2001 - iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 01.00137 e facente parte del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n.019
www.veravitaassicurazioni.it

chiede

la liquidazione della prestazione previdenziale maturata nella misura di seguito precisata:

VECCHIO ISCRITTO (iscritto ad una forma pensionistica complementare in data antecedente al 29.04.1993 che non abbia mai riscattato interamente la propria posizione individuale)

- 100% rendita
- 50% capitale - 50% rendita
- 100% capitale in soluzione unica
- capitale _____% - rendita _____%

Dichiara

- di voler esercitare il diritto di opzione di cui all'art. 23 comma 7 del D.Lgs 252/05 per l'applicazione del trattamento fiscale di cui al comma 6 dell'articolo 11 del D. lgs.252/05, relativamente al montante maturato sulla propria posizione a partire dal 1° gennaio 2007, fermo restando il diritto a percepire interamente in capitale il montante maturato fino a quella data.

NUOVO ISCRITTO (iscritto ad una forma pensionistica complementare in data successiva al 28.04.1993 che, avendo perfezionato i 5 anni di iscrizione, ha maturato il diritto a percepire le prestazioni pensionistiche a carico del PIP)

- 100% rendita
 - 50% capitale - 50% rendita
 - 100% capitale in soluzione unica
- solo nel caso in cui** la rendita derivante dalla conversione del 70% del montante finale (comprensivo di eventuali anticipazioni precedentemente erogate e non reintegrate) sia inferiore al 50% dell'assegno sociale (art.3, commi 6 e 7 Legge 08/08/95 n°335)
- capitale _____% rendita _____% (la % indicata in capitale non può essere maggiore del 50%)

Tipologia di rendita immediata posticipata scelta:

(da non indicare nel caso in cui si opti per la liquidazione del 100% del capitale)

- A) Vitalizia
- B) Vitalizia con 5 annualità certe
- C) Vitalizia con 10 annualità certe
- D) Vitalizia Reversibile nella misura del _____%:

Il sottoscritto designa, in ragione della prestazione pensionistica in forma di rendita prescelta, il beneficiario della prestazione di cui al punto B) o C) in caso di premorienza in corso di pagamento delle annualità certe, il reversionario della prestazione di cui al punto D) nella persona di:

Vera Vita SpA



Sede Legale Via Carlo Ederle 45, 37126, Verona – Italia – veravitaassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - tel.+39045.8392777
Capitale Sociale i.v. Euro 219.600.005,00 – Registro delle Imprese di Verona. CF. e P. IVA 03035950231 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione – società cooperativa – Verona - Impresa Autorizzata all'Esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP N.1762 del 21 dicembre 2000 G.U. N.1 del 2 Gennaio 2001 - iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 01.00137 e facente parte del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n.019
www.veravitaassicurazioni.it

Vera Vita SpA

- Dati dell'Attività Lavorativa (Allegato A)
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti

Luogo e data

Firma

- N.B.:**
- si informa che la mancata o parziale consegna della documentazione indicata comporterà la conseguente richiesta da parte della Compagnia della documentazione mancante necessaria ai fini della verifica dell'obbligo di pagamento della prestazione richiesta;
 - qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzi situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale, la Compagnia richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.



Vera Vita SpA

Sede Legale Via Carlo Ederle 45, 37126, Verona – Italia – veravitaassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - tel.+39045.8392777
Capitale Sociale i.v. Euro 219.600.005,00 – Registro delle Imprese di Verona. CF. e P. IVA 03035950231 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione – società cooperativa – Verona - Impresa Autorizzata all'Esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP N.1762 del 21 dicembre 2000 G.U. N.1 del 2 Gennaio 2001 - iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 01.00137 e facente parte del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n.019
www.veravitaassicurazioni.it

DICHIARAZIONE CONTRIBUTI VERSATI E NON DEDOTTI

Il/la sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

dichiara che l'aderente non ha usufruito della deduzione fiscale relativamente ai seguenti importi:

- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;
- Anno _____ importo € _____;

Luogo e data _____ Firma _____

- N.B:**
- 1. la dichiarazione dovrà essere compilata e sottoscritta anche se i contributi versati e non dedotti sono pari a zero;**
 - 2. nella dichiarazione dovranno essere inseriti anche i contributi relativi a posizioni maturate presso altre forme di previdenza e trasferite nel presente PIP**



Allegato A

DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA (compilazione a cura del datore di lavoro)	
Denominazione azienda _____	
Codice Fiscale _____	
Dipendente _____	
Codice Fiscale _____	
Età pensionabile prevista dal regime obbligatorio di appartenenza dell'Aderente per la pensione di vecchiaia: ____	
Data cessazione attività ____/____/_____	
Vecchi Iscritti (dati necessari fino al 31/12/2000)	
Aliquota fiscale per la tassazione del TFR, determinata ai sensi degli artt. 16 e 17 del D.P.R 917/86 _____	%
Eventuali importi versati dall'Aderente eccedenti il 4% della retribuzione _____	€
Nuovi Iscritti (dati necessari fino al 31/12/2000)	
Eventuali importi versati dall'Aderente eccedenti il 4% della retribuzione _____	€
Abbattimento base imponibile spettante al PIP _____	%
Ultimo contributo versato al PIP	
Data ____/____/_____	Importo _____ €
IMPORTO ULTIMA CONTRIBUZIONE DOVUTA: è indispensabile segnalare sempre l'importo ultimo contributo versato al PIP e la relativa data. Eventuali contributi versati al PIP successivamente alla richiesta di Liquidazione / Trasferimento per cessazione dell'attività lavorativa non potranno essere accolti e verranno pertanto restituiti.	
Luogo e data _____	Timbro e firma del datore di lavoro _____

Compilazione a cura dell'Aderente lavoratore autonomo	
Ultimo contributo versato al PIP	
Data ____/____/_____	Importo _____ €
Luogo e data _____	Firma _____
Contributi versati nell'ultimo anno non dedotti e non ancora comunicati: _____ €	

Vera Vita SpA



Sede Legale Via Carlo Ederle 45, 37126, Verona – Italia – veravitaassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - tel.+39045.8392777
Capitale Sociale i.v. Euro 219.600.005,00 – Registro delle Imprese di Verona. CF. e P. IVA 03035950231 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione – società cooperativa – Verona - Impresa Autorizzata all'Esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP N.1762 del 21 dicembre 2000 G.U. N.1 del 2 Gennaio 2001 - iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 01.00137 e facente parte del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n.019
www.veravitaassicurazioni.it