

Da inviare a:

**VERA VITA S.p.A.**

**VIA MASSAUA, 6 – 20146 MILANO**

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

**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:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Sesso (M/F) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Codice Fiscale 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Frequenza di erogazione:**    ☐ Annuale    ☐ Semestrale    ☐ Trimestrale    ☐ Bimestrale    ☐ Mensile

NB: l'erogazione della rendita è subordinata all'invio, ad ogni ricorrenza annua, del certificato di esistenza in vita dell'avente diritto.

**Richiede che il pagamento sia effettuato**

- ☐ con Bonifico Bancario sul c/c di seguito specificato e a me intestato (possibile solo nel caso in cui l'avente diritto sia intestatario):

[illegible]

Intestato a \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_ filiale di \_\_\_\_\_

**Da allegare la seguente documentazione, fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità:**

- fotocopia di un documento d'identità valido;
- fotocopia del codice fiscale;
- fotocopia del documento attestante lo status di pensionato o la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza (es. estratto conto rilasciato dall'ente previdenziale di appartenenza)

- 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 evidenzii 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.

## 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:**

- la dichiarazione dovrà essere compilata e sottoscritta anche se i contributi versati e non dedotti sono pari a zero;**
- 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:** \_\_\_\_\_ €