VERA Vita

Da inviare a:

VERA VITA S.p.A.
VIA CARLO EDERLE, 45, 37126 VERONA (VR)
Adesione n°_____

FONDO PENSIONE APERTO_____

RICHIESTA DI RISCATTO DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE

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 _____

CHIEDE

Il riscatto parziale (nella misura del 50%) della propria posizione individuale a seguito di:

☐ **ricorso da parte dell'azienda a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria e straordinaria**

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

di validità:

- attestazione dello stato occupazionale
- Dati dell'Attività Lavorativa (Allegato A)
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti

☐ **cessazione del rapporto di lavoro con disoccupazione non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi**

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

- dichiarazione del datore di lavoro attestante la cessazione del rapporto di lavoro (nel caso di lavoratore dipendente iscritto al Fondo)
- chiusura attività/P.IVA presso CCIAA (nel caso di lavoratore autonomo iscritto al Fondo)
- Dati dell'Attività Lavorativa (Allegato A)
- certificato di iscrizione presso i centri per l'impiego attestante la data di iscrizione alle liste di disoccupazione e la permanenza del relativo *status* o, in alternativa, dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 (Allegato B)
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti

Il riscatto totale della propria posizione individuale a seguito di:

☐ **invalidità permanente che abbia comportato la riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo**.

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

- attestazione, da parte della competente struttura pubblica, dello stato di invalidità e della relativa percentuale;
- Dati dell'Attività Lavorativa (Allegato A)
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti

☐ **cessazione del rapporto di lavoro con conseguente inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi**

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

- dichiarazione del datore di lavoro attestante la cessazione del rapporto di lavoro (nel caso di lavoratore dipendente iscritto al Fondo)
- chiusura attività/P.IVA presso CCIAA (nel caso di lavoratore autonomo iscritto al Fondo Pensione Aperto)
- Dati dell'Attività Lavorativa (Allegato A)
- certificato di iscrizione presso i centri per l'impiego attestante la data di iscrizione alle liste di disoccupazione e la permanenza del relativo *status* o, in alternativa, dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46

D.P.R. n. 445/2000 (Allegato B)

- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti

☐ **perdita dei requisiti di partecipazione** al Fondo Pensione stabiliti dalle fonti che dispongono l'adesione su base collettiva

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

- Dati dell'attività lavorativa (Allegato A)
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti

☐ **perdita dei requisiti di partecipazione** al Fondo Pensione in caso di adesione su base individuale

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

- certificato di iscrizione presso i centri per l'impiego attestante la data di iscrizione alle liste di disoccupazione e la permanenza del relativo status o, in alternativa, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.445/2000 (Allegato C)
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti

DICHIARA

di aver risolto il rapporto di lavoro con l'Azienda _____ in data_____/_____/_____senza aver maturato il diritto al trattamento di pensione a carico della previdenza obbligatoria

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):*

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Intestato a _____

Banca_____filiale di _____

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere a conoscenza dei requisiti previsti dal Regolamento del Fondo Pensione Aperto_____per l'esercizio dell'Opzione prescelta e che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.

VERA Vita

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 ol'adempimento agli obblighi di natura fiscale, la Compagnia richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Luogo e data

Firma

VERA Vita

DICHIARAZIONE CONTRIBUTI VERSATI E NON DEDOTTI

Il/la sottoscritto/a,

Cognome_____Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

dichiara di **non aver 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 Fondo Pensione Aperto**

VERA Vita

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 Fondo pensione _____%

Ultimo contributo versato al Fondo

Data_____/_____/_____ **Importo**_____€

IMPORTO ULTIMA CONTRIBUZIONE DOVUTA: è indispensabile segnalare sempre l'importo ultimo contributo versato al Fondo Pensione e la relativa data. Eventuali contributi versati al Fondo pensione 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 Fondo

Data_____/_____/_____ **Importo**_____€

Luogo e data _____ Firma _____

Contributi versati nell'ultimo anno non dedotti e non ancora comunicati:_____**€**

VERA Vita

Allegato B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

attestante la situazione lavorativa
(*art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445*)

Il/la sottoscritto/a,
Cognome_____Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato a_____Prov _____

il_____/_____/_____

iscritto al Fondo Pensione Aperto _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del Codice penale e delle norme speciali in materia, al fine di

ottenere il riscatto
- ☐ totale, ai sensi dell'art. 14, comma 2, let. b) D.Lgs. 252/2005
- ☐ parziale, ai sensi dell'art. 14, comma 2, lett.c) D.Lgs. 252/2005

della posizione individuale accumulata

DICHIARA

☐ di svolgere/aver svolto attività lavorativa a partire dal_____/_____/_____

☐ di aver cessato la propria attività lavorativa in data_____/_____/_____,

☐ di non aver svolto alcuna attività lavorativa a partire dal_____/_____/_____, e fino alla data odierna

Luogo e data

_____

Firma leggibile

_____

VERA Vita

Allegato C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

attestante la situazione lavorativa
(*art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445*)

Il/la sottoscritto/a,
Cognome_____Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato a_____Prov_____il_____/_____/_____

iscritto al Fondo Pensione Aperto _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del Codice penale e delle norme speciali in materia, al fine di ottenere il riscatto della posizione individuale accumulata, ai sensi dell'art. 14, comma 5, D.Lgs. 252/2005

DICHIARA

- di svolgere/aver svolto attività lavorativa a partire dal_____/_____/_____
- di aver cessato la propria attività lavorativa in data_____/_____/_____,
- di non aver svolto alcuna attività lavorativa a partire dal_____/_____/_____, e fino alla data odierna

Luogo e data | Firma autenticata[1]

_____ _____

[1] Ai sensi dell'Art. 21 del D.P.R. n. 445 del 2000, l'autenticazione della firma può essere redatta da un notaio, cancelliere, segretario comunale o altro dipendente incaricato dal Sindaco; in tale ultimo caso, l'autenticazione è redatta di seguito alla sottoscrizione e il pubblico ufficiale, che autentica, attesta che la sottoscrizione è stata apposta in sua presenza, previo accertamento dell'identità del dichiarante, indicando le modalità di identificazione, la data ed il luogo di autenticazione, il proprio nome, cognome e la qualifica rivestita, nonché apponendo la propria firma e il timbro dell'ufficio.