PREVINEXT

LombardaVita

DOMANDA DI RISCATTO

1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'Aderente o degli eredi/beneficiari)

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: / /

Comune di nascita: _____ Prov: ( ) Tel.: _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ Email: _____

Comune di residenza: Provincia: ( )

2. OPZIONI (compilazione a cura dell'Aderente o degli eredi/beneficiari)

A) RISCATTO parziale nella misura del **50,00%** per (barrare una sola casella):

☐ A.1 Cessazione dell'attività lavorativa con inoccupazione non inferiore ai 12 mesi e non superiore ai 48 mesi

☐ A.2 Ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria (solo lavoratori dipendenti)

B) RISCATTO totale per (barrare una sola casella):

☐ B.1 Cessazione dell'attività lavorativa per inoccupazione superiore ai 48 mesi

☐ B.2 **Invalidità** permanente che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo

☐ B.3 **Decesso** dell'Aderente

☐ B.4 Cessazione dei requisiti di partecipazione

NOTA BENE: il riscatto totale di cui ai punti B.1 e B.2 non può essere esercitato nel quinquennio precedente la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni

3. ALTRE INFORMAZIONI (compilazione a cura dell'Aderente o degli eredi/beneficiari)

Informazioni circa le cause di **cessazione dell'attività lavorativa**:

☐ **Causa indipendente dalla volontà delle parti** (mobilità, fallimento, fondo esuberi, cassa integrazione guadagni, …)

☐ **Volontà delle parti** (dimissioni, licenziamento, risoluzione consensuale)

Data 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: / / Contributi non dedotti non ancora comunicati (ultimo anno): €

4. COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'Aderente)

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

Intestato a: _____ Banca e Filiale: _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi. *Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CUD, che gli verrà spedito per posta ordinaria dalla Compagnia unitamente ai conteggi di liquidazione della posizione previdenziale e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro un mese dalla data di accredito dell'importo erogato (in caso di pagamento tramite bonifico) o di ricezione dell'assegno.*

Data Compilazione: ……. /…… /…….. **Firma:** _____

5. DATI RELATIVI ALL'ATTIVITA' LAVORATIVA (solo adesioni con conferimento di TFR; compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

Denominazione e codice datore di lavoro: _____

Data cessazione rapporto lavoro: / / Aliquota T.F.R. (solo "vecchi iscritti"): %

Importo ultimo contributo dovuto al Piano Individuale Pensionistico: € In data (versato o da versare): / /

Quota esente fino al 31/12/2000 € Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000 €

Timbro e firma del datore di lavoro: _____

NOTA BENE: In caso di incompleta compilazione del presente modulo di mancata sottoscrizione di esso non sarà possibile dar seguito alla domanda.

LOMBARDA VITA S.P.A. - Sede legale: Corso Martiri della Libertà, 13 - 25122 Brescia (Italia) - Pec: lombardavita@pec.gruppocattolica.it - C.F./P.I. e n. di iscrizione al registro delle imprese di Brescia 03571340177 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Brescia n. 420262 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00138 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Capitale Sociale Euro 185.300.000,00 interamente versato - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 1781 del 29 gennaio 2001 - G.U. n. 34 del 10 febbraio 2001 - Società soggetta all'attività di direzione e coord. da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona
www.lombardavita.it

PREVINEXT

LombardaVita

ISTRUZIONI PER L'INVIO DEL MODULO ALLA COMPAGNIA

Il modulo - compilato e sottoscritto – e la relativa documentazione (compresa copia di un documento di identità) vanno trasmessi a mezzo posta a:
LOMBARDA VITA S.P.A.
BANCASSICURAZIONE – SERVIZIO ASSISTENZA VITA
VIA CARLO EDERLE, 45 - 37126 VERONA

AVVERTENZA: si ricorda di comunicare per iscritto l'importo di eventuali contributi che non hanno fruito della deduzione fiscale, al fine di evitare una doppia imposizione in fase di liquidazione delle prestazioni.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Nella sezione iniziale devono essere riportati i dati anagrafici dell'Aderente, anche nel caso venga richiesto il riscatto per decesso del medesimo. In quest'ultimo caso, il presente modulo deve essere sottoscritto da uno degli aventi diritto al riscatto ed inoltrato alla Compagnia unitamente alla dichiarazione allegata, sottoscritta in originale, riportante i dati anagrafici completi del/i richiedente/i e le coordinate bancarie per effettuare il bonifico per il pagamento. In caso di decesso dell'Aderente, presentano domanda di riscatto gli eredi legittimi ovvero i diversi beneficiari (persone fisiche o giuridiche) designati dall'Aderente.

2. OPZIONE PRESCELTA (compilazione a cura dell'Aderente o degli eredi/beneficiari; scegliere una sola opzione)

A) **RISCATTO parziale:** può essere richiesto, nella misura del 50% della posizione individuale maturata, in caso di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi, ovvero in caso di ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria.

B) **RISCATTO totale:** può essere richiesto in caso di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacita' di lavoro a meno di 1/3 o a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi. In caso di cessazione dei requisiti di partecipazione (inoccupazione) è previsto il riscatto totale della posizione a condizione che l'aderente sia stato in possesso dello status di lavoratore al momento dell'adesione o in un momento successivo nel corso del rapporto di partecipazione; su tale somma si applica una ritenuta a titolo di imposta con l'aliquota del 23%. In caso di decesso dell'iscritto, la posizione è riscattata dagli eredi o dai diversi beneficiari designati dall'iscritto stesso; gli eredi o i beneficiari compilano e sottoscrivono anche il modulo "Dati personali dei beneficiari".

Attenzione: informazioni sul trattamento fiscale applicato sono contenute nel "Documento sul regime fiscale", che è disponibile sul sito della Compagnia (www.cattolicaprevidenza.it) e a cui si rimanda.

3. ALTRE INFORMAZIONI (compilazione e sottoscrizione a cura dell'Aderente o degli eredi/beneficiari; indicare una sola opzione)

Questa sezione non deve essere compilata qualora l'Aderente richieda, in costanza del rapporto di lavoro, il riscatto totale a causa di Invalidità permanente che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo.

MOTIVI DELLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

Ai fini della corretta applicazione del regime fiscale, va precisato sempre il motivo della cessazione del rapporto di lavoro.

Data Iscrizione – Va indicata la data in cui l'Aderente si è iscritto per la prima volta ad una forma pensionistica complementare.

Contributi non dedotti - Per la parte dei contributi versati che non hanno fruito della deduzione, l'Aderente comunica alla Compagnia, entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, ovvero, se antecedente, alla data in cui sorge il diritto alla prestazione, l'importo non dedotto o che non sarà dedotto nella dichiarazione dei redditi.

4. COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'Aderente o degli eredi/beneficiari)

Vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto presso cui deve essere effettuato il bonifico. In caso di decesso dell'Aderente, i beneficiari devono comunicare le loro coordinate bancarie nel modulo riservato ai beneficiari stessi.

5. DATI RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO (compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

Denominazione e codice azienda datore di lavoro – Indicare la denominazione del datore di lavoro e il codice azienda assegnato dalla Compagnia.

Data cessazione – Indicare la data di risoluzione del rapporto di lavoro.

Aliquota TFR – Da indicare esclusivamente per i "vecchi iscritti". Con aliquota TFR si intende l'aliquota IRPEF calcolata dal datore di lavoro al momento della cessazione del rapporto di lavoro per la tassazione del Trattamento di Fine Rapporto.

Ultimo contributo - E' indispensabile segnalare sempre l'importo dell'ultimo versamento (inteso come somma dei contributi azienda, dipendente e TFR) dovuto alla Compagnia e la relativa data in cui è stato/sarà versato.

Quota esente (su quanto maturato entro il 31/12/2000) - Indicare l'ammontare totale dei contributi versati al Piano Individuale Pensionistico dall'Aderente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. Qualora l'importo della quota esente fosse uguale ai contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000 indicare "100%". Qualora la quota esente non venga comunicata, la Compagnia considererà esenti tutti i contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000.

Abbattimento base imponibile (su quanto maturato entro il 31/12/2000) - Si determina nella misura di € 309,87 per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Piano Individuale Pensionistico ed alla percentuale di TFR versato. Da indicare esclusivamente per i "nuovi iscritti", con versamenti precedenti al 1° gennaio 2001.

PREVINEXT

LombardaVita

DATI PERSONALI DEI BENEFICIARI

EREDE RICHIEDENTE

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: / /

Comune di nascita: _____ Prov.: ( ) Tel.: _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: E-mail: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: ( )

Status: ☐Coniuge ☐Figlio/a ☐Genitore ☐Fratello/Sorella ☐Altro Erede (specificare):……

COORDINATE BANCARIE

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

Intestato a: _____ Banca e Filiale: _____

Il sottoscritto dichiara, *ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che:*

- *quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.*
- *non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulla presente scheda.*

E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Firma: _____

ALTRI BENEFICIARI O RICHIEDENTI

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: / /

Comune di nascita: _____ Provincia: ( ) Telefono: _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: ( )

Status: ☐Coniuge ☐Figlio/a ☐Genitore ☐Fratello/Sorella ☐Altro Erede (specificare):……

☐Beneficiario designato dall'Aderente

COORDINATE BANCARIE

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

Intestato a: _____ Banca e Filiale: _____

Il sottoscritto dichiara, *ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che:*

- *quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.*
- *non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulla presente scheda.*

E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Firma: _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO

- **Eredi.** Compilare questa sezione nel caso in cui il riscatto sia richiesto dagli eredi. Vanno riportati i dati relativi all'erede che sottoscrive la domanda.
- **Altri beneficiari**. Compilare questa sezione per indicare l'eventuale secondo erede. La sezione va utilizzata anche per il caso in cui il riscatto sia richiesto dal soggetto designato quale beneficiario dall'iscritto; se si tratta di soggetto diverso da persona fisica, indicarne la denominazione, la partita iva/codice fiscale, la sede e i riferimenti per eventuali contatti.
- **Documentazione da produrre**: è sempre necessario produrre il certificato di morte. Quando beneficiari sono il coniuge, o i figli o i genitori, è necessario produrre certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela con l'Aderente deceduto. Il beneficiario prescelto dall'aderente deve invece produrre la documentazione idonea a comprovare la propria designazione, ove la stessa non sia già in possesso della Compagnia. In tutti i casi in cui beneficiario sia un minore, è necessario produrre copia del provvedimento giudiziale del giudice tutelare che autorizza il riscatto della posizione individuale dell'Aderente.
- Qualora i beneficiari o richiedenti fossero più di due, compilare più schede.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. del 30 giugno 2003, n. 196(D.lgs.) e s.m.i. ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, si informa che tale trattamento è diretto all'espletamento da parte della Compagnia delle finalità attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività previdenziale complementare e di quelle ad essa connesse, a cui la Compagnia è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a), del D.lgs., anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati ed è svolto direttamente dall'organizzazione della Compagnia e da soggetti esterni a tale organizzazione. I dati personali possono essere comunicati, per le finalità sopra indicate, ai soggetti deputati alla gestione del Piano Individuale Pensionistico e a pubbliche Amministrazioni ai sensi di legge. I dati personali possono inoltre essere comunicati a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di archiviazione. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

Data Compilazione: ……. /…… /……