

Spettabile  
**Crédit Agricole Vita S.p.A.**  
Via Imperia, 35  
20142 – Milano

**RICHIESTA RISCATTO E PRESTAZIONE FONDO PENSIONE APERTO E PIP**

Richiesta inoltrata personalmente allegando copia di:  
**Carta d'Identità e Codice Fiscale**

Richiesta inoltrata tramite la Filiale, oppure l'Ufficio del Personale di:

\_\_\_\_\_

(denominazione Filiale o Società)

Telefono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Persona di riferimento:

Sig./Sig.ra: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**MODULO RICHIESTA RISCATTO / PRESTAZIONE**

Il/la sottoscritto/a

Cognome:	Nome:	
nato/a il:	a:	Codice fiscale:
Residente a	Via/Piazza:	
Località:	Provincia:	CAP:
Telefono:	Cellulare:	E-mail
Fondo Pensione Aperto:	Codice iscritto:	

**RICHIESTE**

<input type="checkbox"/> <b>IL RISCATTO</b> nella misura del <b>50%</b> della posizione individuale maturata <input type="checkbox"/> Per cessazione dell'attività lavorativa con conseguente <u>inoccupazione non inferiore a 12 mesi</u> , autocertificabile con fac-simile allegato
<input type="checkbox"/> <b>IL RISCATTO</b> nella misura del <b>50%</b> della posizione individuale maturata <input type="checkbox"/> Per mobilità <input type="checkbox"/> Per Cassa Integrazione Guadagni (ordinaria o straordinaria)
<input type="checkbox"/> <b>IL RISCATTO</b> nella misura del <b>100%</b> della posizione individuale maturata <input type="checkbox"/> Per perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo <b>N.B. solo per gli aderenti al Fondo Pensione Aperto Crédit Agricole Vita su base contrattuale collettiva</b>
<input type="checkbox"/> <b>IL RISCATTO</b> nella misura del <b>100%</b> della posizione individuale maturata <input type="checkbox"/> Per cessazione dell'attività lavorativa con conseguente <u>inoccupazione superiore a 48 mesi</u> autocertificabile con fac-simile allegato <input type="checkbox"/> Per invalidità permanente che abbia comportato la riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo

**N.B. Se gli eventi di cui sopra si verificano nel quinquennio precedente la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche complementari, dovranno essere richieste quest'ultime.**

<input type="checkbox"/> <b>LE PRESTAZIONI PENSIONISTICHE COMPLEMENTARI</b>
Nella misura del: <input type="checkbox"/> <b>100 % capitale</b> <i>solo alle condizioni di cui all'Avvertenza dell'Allegato Documentazione da allegare paragrafo "PRESTAZIONI"</i>
Nella misura del: <input type="checkbox"/> ____% capitale (max 50%)    ____% rendita
Tipologia di rendita: _____ Periodicità: _____
<input type="checkbox"/> ____% reversibilità    Soggetto reversionario: _____

**N.B.:** In caso di rendita vitalizia reversibile deve essere compilato l'allegato 2 contenente i dati del soggetto reversionario.

**DICHIARA:**

- di essere in possesso dei requisiti richiesti dalla Legge e dal Regolamento del Fondo Pensione/PIP, necessari per l'erogazione delle prestazioni e si impegna a fornire la relativa documentazione, in assenza della quale il Fondo/PIP non potrà procedere alla liquidazione;
- di aver preso visione delle informazioni riportate nell'allegato "Documentazione da allegare" al presente modulo;
- di essere responsabile della veridicità e correttezza dei dati e delle informazioni fornite nel presente modulo e si impegna a fornire al fondo pensione/PIP ogni ulteriore informazione necessaria ai fini dell'erogazione della prestazione.
- di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato.

**INFORMAZIONI FISCALI** per la corretta determinazione della base imponibile

Contributi, versati nell'anno in corso, **che non verranno dedotti** in sede di dichiarazione dei redditi: Importo: ..... €

**Aderenti su base collettiva:** l'importo di eventuali contributi non dedotti da dichiarare al Fondo è indicato nel Mod. CUD da richiedere al datore di lavoro. In presenza di versamenti da parte di un datore di lavoro l'allegato 1 deve essere inoltrato unitamente al modulo di richiesta.

**N.B.:** Nell'accluso "Documentazione da allegare", sono riportati i documenti necessari per ogni tipologia di richiesta. La società provvede alla liquidazione entro i termini previsti dalle disposizioni vigenti, decorrenti dell'acquisizione della richiesta, corredata da documentazione idonea all'accertamento dei requisiti.

**L'importo erogato, al netto delle ritenute di legge, dovrà essere accreditato presso un c/c intestato/cointestato al richiedente:**

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Firma del richiedente la prestazione**

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

\_\_\_\_\_ (Allegare copia del documento di identità e del Codice Fiscale)

Data:

Timbro e firma (se tramite Filiale)

## MODULO RICHIESTA RISCATTO / PRESTAZIONE

Documentazione da allegare

### **AVVERTENZA**

Per le domande di **riscatto per cessazione dell'attività lavorativa**, lo stato di inoccupazione lavorativa può essere attestato con una dichiarazione sostitutiva di certificazione (di cui al facsimile allegato) che dovrà essere resa allegando copia del documento d'identità. Inoltre, si rammenta che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sono previste sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Resta inteso che Crédit Agricole Vita S.p.A si riserva la facoltà di richiedere all'iscritto ogni altra documentazione ritenuta necessaria ai fini della liquidazione della posizione individuale maturata.

## RISCATTO PARZIALE

- **RISCATTO NELLA MISURA DEL 50%** della posizione individuale per **cessazione dell'attività lavorativa con conseguente inoccupazione non inferiore a 12 mesi**

### **Lavoratore autonomo / Libero professionista:**

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di disoccupazione resa, ai sensi degli artt. 46 del D.P.R. 445/2000 (fac-simile allegato).

### **Lavoratore dipendente:**

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di disoccupazione resa, ai sensi degli artt. 46 del D.P.R. 445/2000 (fac-simile allegato).
- Dichiarazione sottoscritta dal datore di lavoro attestante che la risoluzione del rapporto di lavoro (oppure: lettera di dimissioni / licenziamento con timbro / firma del datore).

- **RISCATTO NELLA MISURA DEL 50%** della posizione individuale per **mobilità**

- Dichiarazione sottoscritta dal datore di lavoro attestante che la risoluzione del rapporto di lavoro con l'aderente è dipesa da ricorso a procedure di mobilità.

- **RISCATTO NELLA MISURA DEL 50%** della posizione individuale per **Cassa Integrazione Guadagni** (ordinaria o straordinaria)

- Dichiarazione sottoscritta dal datore di lavoro attestante il ricorso a procedura di Cassa Integrazione Guadagni (ordinaria o straordinaria) a zero ore, con sospensione del rapporto di lavoro per un periodo pari o superiore a 12 mesi.

## RISCATTO TOTALE

- **RISCATTO NELLA MISURA DEL 100%** della posizione individuale per **perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo N.B. Esclusivamente per aderenti su base contrattuale collettiva**

- Dichiarazione del datore di risoluzione del rapporto di lavoro (oppure: lettera di dimissioni/licenziamento con timbro/firma del datore).

- **RISCATTO NELLA MISURA DEL 100%** della posizione individuale per **cessazione dell'attività lavorativa con conseguente inoccupazione superiore a 48 mesi**

### **Lavoratore autonomo / Libero professionista:**

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di disoccupazione resa, ai sensi degli artt. 46 del D.P.R. 445/2000 (fac-simile allegato).

### **Lavoratore dipendente:**

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di disoccupazione resa, ai sensi degli artt. 46 del D.P.R. 445/2000 (fac-simile allegato).
- Dichiarazione sottoscritta dal datore di lavoro attestante che la risoluzione del rapporto di lavoro (oppure: lettera di dimissioni / licenziamento con timbro / firma del datore).

### **AVVERTENZA**

Qualora l'evento si verifichi nel quinquennio precedente alla maturazione del diritto all'accesso alle prestazioni pensionistiche obbligatorie, **coloro che abbiano compiuto il 50° anno d'età**, debbono presentare una dichiarazione relativa al momento della maturazione dei requisiti di accesso al regime pensionistico obbligatorio. A tal fine potrà essere richiesto l'estratto contributivo e ogni informazione presso l'INPS e i relativi patronati.

- **RISCATTO NELLA MISURA DEL 100%** della posizione individuale per **invalidità permanente che abbia comportato la riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo**

- Idonea certificazione rilasciata dalle competenti autorità sanitarie in caso di invalidità permanente con conseguente riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo.

## PRESTAZIONI

(art. 11 del Regolamento del Fondo)

### **Lavoratore autonomo / Libero professionista:**

- copia della comunicazione rilasciata dall'Ente di Previdenza di base di appartenenza, attestante la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche stabiliti nel regime obbligatorio.

### **Lavoratore dipendente:**

- dichiarazione del datore di lavoro di cessazione dal servizio per quiescenza.

**In caso di prestazione in rendita con soggetto revisionario**, oltre alla precedente documentazione dovrà essere allegata anche

- Copia del codice fiscale e del documento di identità.

## MODULO RICHIESTA RISCATTO / PRESTAZIONE

Documentazione da allegare

### AVVERTENZA

Il diritto alla prestazione pensionistica complementare si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza dell'aderente, con almeno 5 anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari.

### NOTA ESPLICATIVA SULL'AMMONTARE DELLE PRESTAZIONI

Le **PRESTAZIONI** dei fondi pensione consistono nell'erogazione di una rendita vitalizia o di un capitale (max. 50% della posizione individuale maturata) + rendita vitalizia calcolata sulla rimanente parte. Tuttavia, **è prevista la facoltà di ottenere la liquidazione del 100% della posizione individuale maturata in forma di CAPITALE:**

- qualora l'importo, che si ottiene convertendo in rendita vitalizia immediata annua senza reversibilità a favore dell'iscritto il 70% della posizione individuale, risulti inferiore al 50 % dell'assegno sociale di cui all'art. 3, commi 6 e 7, Legge 8 agosto 1995, la cui misura è fissata dall'INPS anno per anno.
- in ogni caso per i "vecchi iscritti", soggetti già iscritti al 28 aprile 1993 a forme pensionistiche complementari istituite entro il 15 novembre 1992, con applicazione del regime tributario vigente al 31/12/2006 anche sul montante accumulato a partire dall'1/01/2007.

### Tipologie di rendita

1. **Rendita vitalizia** immediata mensile posticipata rivalutabile.
2. **Rendita mensile vitalizia** rivalutabile, pagabile in modo **certo per un numero di anni fissato dall'Assicurato** o, in caso di suo decesso, alla persona da lui designata tra i soggetti previsti dal sistema previdenziale obbligatorio. Successivamente sarà pagata all'assicurato finché è in vita.
3. **Rendita mensile vitalizia** rivalutabile, **reversibile totalmente o parzialmente su altra persona** designata tra i beneficiari previsti dal sistema previdenziale obbligatorio.
4. **Rendita mensile vitalizia** rivalutabile che prevede una **maggiorazione da applicarsi nel caso in cui l'Assicurato**, a causa di disturbi fisici e/o mentali, **perda la capacità di svolgere autonomamente almeno quattro delle seguenti attività principali** della vita quotidiana per un periodo almeno pari a 6 mesi:
  - Muoversi in casa propria e uscire di casa senza l'assistenza di altra persona;
  - Alimentarsi;
  - Lavarsi;
  - Vestirsi;
  - Continenza;
  - Recarsi autonomamente alla toilette.La maggiorazione, a scelta dell'Assicurato, sarà pari a 1, 2, 3, oppure 4 volte la rendita iniziale.
5. **Rendita mensile vitalizia** rivalutabile, pagabile in modo **certo per un numero di anni fissato dall'Assicurato** che prevede una **maggiorazione da applicarsi alle condizioni di cui al punto 4**. La maggiorazione della rendita sarà attiva finché l'Assicurato è in vita.

L'esercizio delle opzioni di cui ai punti 4 e 5 è subordinato all'accettazione del rischio da parte della Compagnia valutato sulla base delle risposte al questionario sanitario e degli eventuali ulteriori accertamenti sullo stato di salute dell'Assicurato di cui all'art. 3 comma 1bis della Convenzione (Allegato 3 al Regolamento del Fondo).

A scelta dell'Assicurato, da esercitarsi per il tramite del Fondo Pensione, le rendite di potranno essere erogate anche con periodicità bimestrale, trimestrale, semestrale o annuale, sempre in modo posticipato.

**MODULO RICHIESTA RISCATTO / PRESTAZIONE**

Allegato 1 da utilizzare in presenza di versamenti da parte di un datore di lavoro

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO											
Cognome:	Nome:										
Codice Fiscale:											
Iscritto al Fondo Pensione:	Codice Iscritto:										
DATI AZIENDA											
Denominazione azienda:											
Codice Fiscale:											
Motivo richiesta di riscatto / prestazione al Fondo Pensione:											
<input type="checkbox"/> <b>CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI</b>											
<input type="checkbox"/> <b>CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO</b> per: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Data cessazione rapporto:</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dimissioni volontarie</td> <td><input type="checkbox"/> Licenziamento giusta causa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fondo esuberi</td> <td><input type="checkbox"/> Mobilità</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fallimento azienda</td> <td><input type="checkbox"/> Riduzione del personale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cessazione attività azienda</td> <td><input type="checkbox"/> Altro motivo oggettivo: _____</td> </tr> </table>		Data cessazione rapporto:		<input type="checkbox"/> Dimissioni volontarie	<input type="checkbox"/> Licenziamento giusta causa	<input type="checkbox"/> Fondo esuberi	<input type="checkbox"/> Mobilità	<input type="checkbox"/> Fallimento azienda	<input type="checkbox"/> Riduzione del personale	<input type="checkbox"/> Cessazione attività azienda	<input type="checkbox"/> Altro motivo oggettivo: _____
Data cessazione rapporto:											
<input type="checkbox"/> Dimissioni volontarie	<input type="checkbox"/> Licenziamento giusta causa										
<input type="checkbox"/> Fondo esuberi	<input type="checkbox"/> Mobilità										
<input type="checkbox"/> Fallimento azienda	<input type="checkbox"/> Riduzione del personale										
<input type="checkbox"/> Cessazione attività azienda	<input type="checkbox"/> Altro motivo oggettivo: _____										
<b>Vecchi iscritti</b> (ante 28 aprile 1993) (dati necessari fino al 31/12/2000)											
Eventuali importi versati dall'aderente eccedenti il 4% della retribuzione	Importo: ..... €										
Aliquota TFR:	Percentuale: ..... %										
<b>Nuovi iscritti</b> (post 28 aprile 1993) (dati necessari fino al 31/12/2000)											
Eventuali importi versati dall'aderente eccedenti il 4% della retribuzione	Importo: ..... €										
Franchigia TFR di spettanza del Fondo	Importo: ..... €										
<b>Importo ultima contribuzione al Fondo:</b> ..... €    Data versamento:											
<b>Timbro e firma del datore di lavoro</b>											
Data:    ____ / ____ / ____											
Persona dell'Azienda per eventuali chiarimenti:											
Telefono: .....	Fax: .....										
Email: .....											

**DATI AZIENDA:**

Per coloro che si sono iscritti ad un fondo pensione **prima del 28/04/93** (i cosiddetti "vecchi iscritti") occorre indicare l'Aliquota TFR e il relativo periodo di riferimento. Nel caso di interruzione del rapporto di lavoro con erogazione del TFR, anche per passaggio ad un altro datore di lavoro nell'ambito del medesimo Gruppo, è indispensabile segnalare le diverse aliquote TFR applicate ed i relativi periodi di riferimento. Con riferimento agli eventuali importi versati dall'aderente eccedenti il 4% della retribuzione (così come indicata dall'art. 17, comma 2 del Tuir), si segnala che qualora non sia segnalato alcun dato il Fondo Pensione considererà esenti tutti i contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000.

Per coloro che si sono iscritti ad un fondo pensione **dopo il 28/04/93** (i cosiddetti "nuovi iscritti") l'abbattimento base imponibile (franchigia TFR) su quanto maturato entro il 31/12/2000 è determinato nella misura di € 309,87 per anno. Tale abbattimento si applica in proporzione alle quote di accantonamento annuale del TFR destinate al Fondo. Qualora non venga comunicato l'importo della franchigia da applicare, il Fondo Pensione non riconoscerà alcun abbattimento all'iscritto in sede di conteggi fiscali.

**IMPORTO ULTIMA CONTRIBUZIONE DOVUTA:**

Indispensabile segnalare sempre l'importo ultimo contributo versato al Fondo Pensione/PIP e la relativa data. Eventuali contributi versati al Fondo pensione/PIP successivamente alla richiesta di Liquidazione/Trasferimento per cessazione dell'attività lavorativa non potranno essere accolti e verranno pertanto restituiti.

**N.B.**      Il presente Allegato deve essere inoltrato unitamente al modulo di richiesta a:

**Crédit Agricole Vita S.p.A.**

**Via Imperia 35, 20142 – Milano**

**MODULO RICHIESTA RISCATTO / PRESTAZIONE**Allegato 2 da utilizzare in caso di richiesta di PRESTAZIONE in forma di rendita vitalizia reversibile

Il/la sottoscritto/a

Cognome:

Nome:

**COMUNICA i dati del soggetto reversionario**

Cognome:

Nome:

nato/a il:

a:

Codice fiscale:

Sesso:

 F M

Residente a

Via/Piazza:

Località:

Provincia:

CAP:

**Al fine dell'erogazione della prestazione è necessario allegare:** Copia del Documento di Identità del soggetto reversionario, in corso di validità Copia del Codice Fiscale del soggetto reversionario

Data:

**Firma del richiedente****Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003  
per il trattamento dei dati del soggetto reversionario**

Crédit Agricole Vita S.p.A. informa che la documentazione a corredo della richiesta contiene dati personali e sensibili che verranno trattati, sia con supporto cartaceo sia con l'ausilio di strumenti elettronici, ai fini dell'erogazione della rendita vitalizia reversibile.

Il conferimento di tali dati é necessario all'erogazione della rendita vitalizia reversibile e, pertanto, il rifiuto a fornire la documentazione di cui sopra ed il mancato consenso alle fasi del trattamento rendono impossibile l'espletamento di tale attività.

I dati possono essere comunicati a:

- società che svolgono servizi bancari, finanziari e assicurativi (es. servizi offerti congiuntamente da Crédit Agricole Vita S.p.A. e banche/intermediari collocatori dei nostri prodotti);
- soggetti che offrono servizi per l'acquisizione, la registrazione ed il trattamento di dati rivenienti da documenti o supporti forniti o originati dagli stessi clienti ed aventi ad oggetto lavorazioni massive;
- soggetti che intervengono nel rapporto per la trasmissione dei flussi contributivi a favore della clientela;
- soggetti che svolgono attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela (es. PT Postel);
- soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela;
- soggetti che forniscono servizi di outsourcing di hardware ed elaborazione di dati.

Titolare del trattamento dei dati é Crédit Agricole Vita S.p.A., con sede legale in Via Università 1, 43121 Parma. Al soggetto reversionario, in qualità di interessato, competono tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003 per l'esercizio dei quali può rivolgersi direttamente al Responsabile del trattamento dei dati personali dei clienti e dei potenziali clienti presso la sede amministrativa di Crédit Agricole Vita S.p.A., Via Imperia n. 35, Milano.

Dichiaro di aver letto l'informativa e

 acconsento non acconsento

al trattamento dei dati

Data:

**Firma del soggetto reversionario**

(Allegare copia del documento di identità e del Codice Fiscale)

**Dichiarazione sostitutiva della CERTIFICAZIONE DELLO  
STATO DI DISOCCUPAZIONE**

(Art. 46 – lettera r – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

dichiara

**di aver cessato ogni attività lavorativa e di essere nello stato di inoccupazione dal \_\_\_\_\_**

Si impegna altresì a produrre, su richiesta del soggetto istitutore dei Fondi Pensione Aperti/PIP, la documentazione idonea a confermare la veridicità dei dati dichiarati

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
Luogo Data

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante per esteso e leggibile

La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

**DA ALLEGARE PER OGNI TIPO DI RICHIESTA**  
**(ANTICIPAZIONE/RISCATTO/TRASFERIMENTO/PRESTAZIONE PREVIDENZIALE)**

Spettabile  
**Crédit Agricole Vita S.p.A.**  
Via Imperia, 35  
20142 – Milano

**DICHIARAZIONE DEI CONTRIBUTI VERSATI E NON DEDOTTI FONDO PENSIONE APERTO/PIP  
SU POSIZIONE PREVIDENZIALE N° \_\_\_\_\_**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Iscritto al Fondo Pensione /PIP all'oggetto

**DICHIARO**

Sotto la mia responsabilità di **NON** aver dedotto i seguenti contributi versati:

ANNO	CONTRIBUTI VERSATI NON DEDOTTI <i>(*) se tutti i contributi sono stati portati in deduzione indicare "zero"</i>

In fede.

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

**N.B.** La presente dichiarazione si riferisce esclusivamente ai contributi non dedotti versati sulla posizione previdenziale del Fondo Pensione/PIP Crédit Agricole Vita.

Per i contributi non dedotti versati su eventuale Fondo Pensione Aperto/PIP/FIP pregresso, la Compagnia si atterrà a quanto comunicato dal fondo cedente in sede di trasferimento della posizione previdenziale.