

Da inviare a:
Nobis Vita S.p.A.
Viale Colleoni, 21
20864 Agrate Brianza MB

Pensione Futura Piano Individuale Pensionistico di
tipo assicurativo - Fondo Pensione
Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5104

RICHIESTA DI RISCOATTO DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE

Polizza n. _____

■ DATI DELL'ADERENTE

COGNOME NOME _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____
Indirizzo di residenza _____
CAP _____ Località _____ Prov. _____ Tel. _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza, per inoltro corrispondenza)
CAP _____ Località _____ Prov. _____ Tel. _____

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 (non inferiore a 12 mesi)

Da allegare la seguente documentazione:

- attestazione dello stato occupazionale
- copia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti (Allegato A)
- decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta ai soggetti incapaci

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

Da allegare la seguente documentazione:

- certificato di iscrizione presso i centri per l'impiego attestante la data di iscrizione alle liste di disoccupazione e la permanenza del relativo status
- chiusura attività/P.IVA presso CCIAA (nel caso di lavoratore autonomo iscritto al PIP) o presso Agenzia delle Entrate (nel caso di liberi professionisti iscritti al PIP)
- copia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti (Allegato A)
- decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta ai soggetti incapaci

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:

- attestazione, da parte della competente struttura pubblica, dello stato di invalidità e della relativa percentuale
- copia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti (Allegato A)
- decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta ai soggetti incapaci

Oltre alla documentazione elencata, il cliente deve identificarsi presso un Ufficio Postale o tramite Area Riservata.

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

Da allegare la seguente documentazione:

- certificato di iscrizione presso i centri per l'impiego attestante la data di iscrizione alle liste di disoccupazione e la permanenza del relativo status

- chiusura attività/P.IVA presso CCIAA (nel caso di lavoratore autonomo iscritto al PIP) o presso Agenzia delle Entrate (nel caso di liberi professionisti iscritti al PIP)
- copia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti (Allegato A)
- decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta ai soggetti incapaci

perdita dei requisiti di partecipazione al PIP

Da allegare la seguente documentazione:

- certificato di iscrizione presso i centri per l'impiego attestante la data di iscrizione alle liste di disoccupazione e la permanenza del relativo status
- chiusura attività/P.IVA presso CCIAA (nel caso di lavoratore autonomo iscritto al PIP) o presso Agenzia delle Entrate (nel caso di liberi professionisti iscritti al PIP)
- copia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti (Allegato A)
- decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta ai soggetti incapaci

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.

L'ADERENTE RICHIEDE CHE IL PAGAMENTO SIA EFFETTUATO TRAMITE:

Bonifico Bancario sul c/c di seguito specificato (possibile solo nel caso in cui l'avente diritto sia intestatario):

IBAN _____

Intestato a _____

Banca _____ Filiale di _____

Nobis Vita S.p.A. esegue il pagamento con tempestività e comunque non oltre il termine massimo di sei mesi decorrenti dalla data di ricezione della richiesta. Nel caso in cui la domanda risulti incompleta o insufficiente, Nobis Vita S.p.A. richiede gli elementi integrativi, e il termine sopra indicato è sospeso fino alla data del completamento o della regolarizzazione della pratica.

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

da sottoscrivere obbligatoriamente nel caso di richiesta di riscatto per invalidità permanente

L'Aderente presta liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali relativi alla salute necessari alla gestione della fase precontrattuale e di post vendita per le finalità funzionali alla gestione ed esecuzione del contratto assicurativo come meglio descritte nell'informativa ex Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR)

Firma dell'Aderente _____

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.

L'Aderente

Luogo e data _____

Allegato A

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 € _____	;

Firma _____

Luogo e data _____

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 Piano Individuale Pensionistico.