

Da inviare a:

VERA VITA S.p.A.

VIA MASSAUA, 6 – 20146 MILANO

Contratto n° _____

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO _____

**RICHIESTA DI RISCATTO DELLA POSIZIONE PREVIDENZIALE PER DECESSO DELL'ADERENTE
PRIMA DELL'ESERCIZIO DEL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA**

Gli eredi/beneficiari dell'aderente al PIP

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/CHIEDONO

di dare corso al riscatto della posizione individuale, ivi compreso l'eventuale Montante RITA residuo corrispondente alle rate non erogate, ai sensi dell' art.14, comma 3, del D. lgs 252/2005 in seguito al decesso dell'aderente, avvenuto il ____ / ____ / _____

ALLEGA/ALLEGANO LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE, FATTA ECCEZIONE PER QUELLA GIÀ PRODOTTA IN PRECEDENZA E ANCORA IN CORSO DI VALIDITÀ:

- certificato di morte dell'aderente;
- testamento in copia autentica, se esiste; in caso di non esistenza di testamento, dichiarazione sostitutiva dell' Atto Notorio che si è aperta la successione, in cui siano specificati nome cognome e data di nascita di ciascun erede e

da cui risulti la non esistenza di testamento (ottenibile presso gli uffici del comune di residenza, ovvero presso il Notaio);

- Decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione nel caso di beneficio a favore di minore o di incapace e dispone sul reimpiego delle somme, con esonero della Società da ogni responsabilità al riguardo (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore o incapace);
- dati dell'Attività Lavorativa (Allegato A) e Dichiarazione contributi versati e non dedotti a cura dell'avente diritto;
- n° _____ modelli indicanti le generalità di ogni avente diritto (Allegato B), allegando, per ciascuno di essi, fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale, e consenso al trattamento dei dati personali per finalità assicurative
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti;
- eventuale designazione beneficiaria effettuata dall'aderente.

AVVERTENZA In conformità agli "Orientamenti interpretativi in merito al riscatto della posizione in caso di decesso dell'iscritto", emanati dalla Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione (COVIP) il 15/07/2008, la posizione individuale del *de cuius* viene attribuita all/ai soggetto/i espressamente designato/i dall'iscritto stesso e ha la natura di acquisto *iure proprio*, non *iure successionis*.

Solo laddove non risulti una diversa volontà dell'iscritto, la posizione individuale verrà liquidata agli eredi (testamentari o legittimi).

In presenza di più aventi diritto la posizione sarà ripartita in parti uguali, salvo diverse indicazioni da parte dell'aderente stesso.

La Società si riserva di richiedere agli aventi diritto ogni altra documentazione si renda necessaria per verificare la sussistenza dell'obbligo di pagamento della somma dovuta.

- 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 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 € _____;
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 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

**INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 del
 Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)
Beneficiario e simili**

La Società Vera Vita S.p.A, con sede in Via Massaua, 6 – 20146 Milano, **quale Titolare dei trattamenti sotto indicati**, premesso che la presente informativa viene rilasciata tramite gli interessati, anche agli eventuali interessati ⁽¹⁾:

- cui i dati trattati si riferiscono, che prestino attività lavorativa o professionale o collaborino o siano in rapporti contrattuali, commerciali ed economici, familiari, di convivenza, o diversi, con detti soggetti;
- i cui dati possano comunque essere comunicati, conosciuti e/o trattati dal Titolare in esecuzione e nello svolgimento del rapporto.

fornisce le seguenti informazioni.

DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali identificativi ⁽²⁾, contabili ed eventuali dati relativi alla salute ⁽³⁾, riferiti all'interessato o a terzi ⁽⁴⁾ raccolti presso di esso o presso altri soggetti, o comunque trattati nello svolgimento dei rapporti con il Titolare, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali:

- ❖ **per finalità assicurative/liquidative del Titolare** e quindi per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e la liquidazione dei sinistri; per attività strumentali alle predette; per l'esercizio e la difesa dei diritti, ecc. e per finalità derivanti da obblighi normativi, a cui è soggetto Titolare ⁽⁵⁾; inoltre anche per la comunicazione ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa ed al trattamento e trasferimento all'estero, anche extra UE, da parte del Titolare e di tali altri soggetti, per le suddette finalità assicurative/liquidative e per finalità derivanti da obblighi normativi. In caso di Vostra comunicazione di dati personali relativi a terzi, siete responsabili della suddetta comunicazione e siete tenuti ad informarli e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento dei loro dati, per le finalità, e con le modalità e da parte dei soggetti indicati.

MODALITA' DI TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici ad opera di soggetti designati Responsabili, ovvero impegnati alla riservatezza. I dati possono essere quindi conosciuti da parte di altre società del Gruppo Banco BPM Vita (**l'elenco delle società del Gruppo è rinvenibile sul sito www.bancobpmvita.it**) che facenti parte dello stesso Gruppo Imprenditoriale, hanno un interesse legittimo a trasmettere dati all'interno del Gruppo, e da parte di altri soggetti che svolgono attività preliminari, strumentali e conseguenti, quali a mero titolo di esempio, la postalizzazione. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurati e per l'effettuazione di adempimenti, ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio coassicuratori, riassicuratori, *broker*, intermediari; medici fiduciari, consulenti valutatori e legali; associazioni (es. ANIA) e consorzi del settore assicurativo, IVASS, COVIP e CONSAP, Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, e nell'eventualità INPS; altresì ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale (es. ARAG), di revisione, di ricerche di mercato e di informazione commerciale, etc..

⁽¹⁾ ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali;

⁽²⁾ quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, *e-mail*, recapito telefonico denominazione e sede, coordinate bancarie, etc;

⁽³⁾ in specie dati sanitari e comunque idonei a rivelare lo stato di salute, limitatamente alle finalità assicurative/liquidative;

⁽⁴⁾ quali ad esempio conviventi, familiari, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative/liquidative;

⁽⁵⁾ quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antifrode e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, etc.;

I dati personali non sono soggetti a diffusione. I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità assicurative/liquidative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche *extra* UE, a soggetti che collaborano con il Titolare e con le altre società del Gruppo Banco BPM Vita.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Banco BPM Vita con sede in (20146) Milano, Via Massaua, 6, email privacy@bancobpmvita.it, come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 del Reg. Ue.

TEMPI DI CONSERVAZIONE

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte nonché per adempiere ad obblighi contrattuali e normativi, legislativi e/o regolamentari fatti salvi i termini prescrizionali e di legge nel rispetto dei diritti ed in ottemperanza degli obblighi conseguenti. Pertanto, di norma, il termine di conservazione è di 10 anni dalla data dell'ultima registrazione o, se posteriore, dalla data di cessazione del contratto o di liquidazione definitiva del sinistro, superati i quali verranno cancellati o, se mantenuti per fini statistici, resi anonimi in modo irreversibile.

NATURA DEL CONFERIMENTO

Il conferimento è obbligatorio per i dati relativi alle finalità assicurative/liquidative necessari agli adempimenti contrattuali e normativi.

Il Titolare r.l.p.t.

Prestazione del consenso

Preso visione dell'informativa sopra riportata, garantendo l'osservanza degli obblighi su di noi facenti capo per i dati nel caso comunicati al Titolare e riferiti a terzi, con riferimento:

- ❖ al trattamento dei dati personali anche sanitari **per le finalità relative all'attività assicurativa/liquidativa**, ed anche alla comunicazione agli altri soggetti sopra indicati nell'informativa, anche appartenenti alla catena assicurativa, al trattamento, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale, anche *extra* UE, da parte del Titolare e di tali altri soggetti degli stessi dati (anche sanitari) sempre per le medesime finalità, per i casi nei quali non può essere effettuato senza il consenso;
 - CONSENTIAMO** **NON CONSENTIAMO**
 - da compilare solo nel caso di persone fisiche
 - in caso di minori sottoscrivono i soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale

Dichiaro che il *flag* apposto nel campo "consensi" soprastanti, corrisponde alla mia manifestazione di volontà, essendo stato inserito a sistema per mio conto dall'operatore incaricato solo successivamente alle mie dichiarazioni.

Luogo Data Firma
