



**chiede**

la liquidazione della prestazione previdenziale maturata nella misura di seguito precisata:

**VECCHIO ISCRITTO (iscritto ad una forma pensionistica complementare in data antecedente al 29.04.1993 che non abbia mai riscattato interamente la propria posizione individuale)**

- 100% rendita
- 50% capitale - 50% rendita
- 100% capitale in soluzione unica
- capitale \_\_\_\_\_% - rendita \_\_\_\_\_%

**Dichiara**

- di voler esercitare il diritto di opzione di cui all'art. 23 comma 7 del D.Lgs 252/05 per l'applicazione del trattamento fiscale di cui al comma 6 dell'articolo 11 del D. lgs.252/05, relativamente al montante maturato sulla propria posizione a partire dal 1° gennaio 2007, fermo restando il diritto a percepire interamente in capitale il montante maturato fino a quella data.

**NUOVO ISCRITTO (iscritto ad una forma pensionistica complementare in data successiva al 28.04.1993 che, avendo perfezionato i 5 anni di iscrizione, ha maturato il diritto a percepire le prestazioni pensionistiche a carico del PIP)**

- 100% rendita
  - 50% capitale - 50% rendita
  - 100% capitale in soluzione unica
- solo nel caso in cui** la rendita derivante dalla conversione del 70% del montante finale (comprensivo di eventuali anticipazioni precedentemente erogate e non reintegrate) sia inferiore al 50% dell'assegno sociale (art.3, commi 6 e 7 Legge 08/08/95 n°335)
- capitale \_\_\_\_\_% rendita \_\_\_\_\_% (la % indicata in capitale non può essere maggiore del 50%)

**Tipologia di rendita immediata posticipata scelta:**

*(da non indicare nel caso in cui si opti per la liquidazione del 100% del capitale)*

- A) Vitalizia
- B) Vitalizia con 5 annualità certe
- C) Vitalizia con 10 annualità certe
- D) Vitalizia Reversibile nella misura del \_\_\_\_\_%:

Il sottoscritto designa, in ragione della prestazione pensionistica in forma di rendita prescelta, il beneficiario della prestazione di cui al punto B) o C) in caso di premorienza in corso di pagamento delle annualità certe, il reversionario della prestazione di cui al punto D) nella persona di:



- Dati dell'Attività Lavorativa (Allegato A)
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti

Luogo e data

Firma

---

---

- 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.



**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Compilazione a cura dell'Aderente lavoratore autonomo**

**Ultimo contributo versato al PIP**

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Importo** \_\_\_\_\_ €

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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