

BAP VITA E PREVIDENZA

Sede amministrativa: Via F. De Sanctis, 11 – 00195 ROMA

Ente Collocatore:
Filiale:

Convenzione:
Numero Polizza/Adesione:
Prodotto:

Spett. Le
BancAssurance Popolari S.p.A
Team Operations
Via F. De Sanctis n°11
00195 Roma RM
da inviare a
portafoglio@bancassurance.it

MODULO RISCATTO PER PENSIONAMENTO

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....il.....
residente in..... via..... n.....
PR..... cap..... codicefiscale..... telefono.....
Mail.....dipendente della società
data iscrizione alla prima forma di previdenza complementare.....

a seguito del raggiungimento del requisito pensionistico, richiedo di ricevere la prestazione maturata sotto forma di capitale o rendita secondo quanto sotto indicato:

PERCENTUALE RISCATTABILE IN FORMA CAPITALE	da 0% a 50% <hr/> 100 % *
QUOTA PARTE RISCATTABILE IN FORMA DI RENDITA <i>(in funzione di quanto selezionato nel box precedente)</i>	Tipologia di rendita* selezionata: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> rendita vitalizia immediata rivalutata, pagabile finché sarà in vita l'Assicurato;<input type="checkbox"/> rendita vitalizia immediata reversibile rivalutabile;<input type="checkbox"/> rendita certa e successivamente vitalizia, corrisposta certamente per i primi 5 anni e successivamente finché l'Assicurato rimarrà in vita;<input type="checkbox"/> rendita certa e successivamente vitalizia, corrisposta certamente per i primi 10 anni e successivamente finché l'Assicurato rimarrà in vita; Rateizzazione della rendita: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Annuale<input type="checkbox"/> Semestrale<input type="checkbox"/> Trimestrale<input type="checkbox"/> Mensile <p><small>*per i criteri di rivalutazione e/o modalità di calcolo della rendita si rimanda alle Condizioni di Assicurazione)</small></p> Da allegare <ul style="list-style-type: none">➤ certificato Inps o altro ente che attesti l'erogazione dell'assegno pensionistico;➤ copia di un documento d'identità in corso di validità dell'Aderente;➤ documento originale polizza copia cliente, o in mancanza denuncia di smarrimento redatta presso le competenti autorità;➤ Modulo autocertificazione CRS (presente nel sito nella sezione documenti previdenza);

BAP VITA E PREVIDENZA

Sede amministrativa: Via F. De Sanctis, 11 – 00195 ROMA

* La percentuale massima sotto forma di capitale da indicare dipende dalla data di iscrizione alla previdenza complementare (ante/post 29 aprile 1993):

- Vecchio Iscritto (aderente che risulta iscritto antecedentemente al 29 aprile 1993 ad una forma pensionistica complementare): può scegliere di percepire il 100% della posizione maturata sotto forma di capitale
- Nuovo Iscritto può richiedere di percepire al massimo il 50% della posizione maturata sotto forma di capitale e solo nel caso in cui l'importo della rendita vitalizia immediata annua senza reversibilità, che si ottiene convertendo il 70% dell'ammontare della posizione individuale maturata risulti inferiore al 50% dell'assegno sociale (di cui all'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 8 agosto 1995, n. 335), l'aderente ha la possibilità di percepire l'intero ammontare sotto forma di capitale.

2

La somma andrà accreditata su c/c bancario intestato a

.....

Banca.....

Agenzia.....via.....Città.....

ABI.....CAB.....C/C.....

IBAN

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere a conoscenza delle condizioni richieste dal Regolamento del piano individuale pensionistico per la concessione dei riscatti o del trasferimento.

Data.....

Firma dell'Aderente

BAP VITA E PREVIDENZA

Sede amministrativa: Via F. De Sanctis, 11 – 00195 ROMA

Dichiarazione per la mancata deduzione dei contributi – ai sensi dell’art. 8, comma 4 del D. Lgs. n. 252/2005*

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____ Comune o Stato estero di nascita: _____, Provincia (____), Codice Fiscale _____, iscritto/a a Ouverture 2007- Bap CrescendoPrevidente- Bap pensione 2007 con posizione (numero polizza): _____

COMUNICA

Ai sensi dell’art. 8, comma 4, del D.Lgs. 252/20051 e sotto la propria responsabilità, che l’importo di Euro _____ versato al suddetto Fondo nell’anno ____ non è stato portato in deduzione in sede di dichiarazione dei redditi.

Quanto sopra affinché, nella fase di erogazione della prestazione finale, detto importo venga esentato da ritenute, come previsto dalla normativa vigente.

*I contributi versati dal lavoratore e dal datore di lavoro o committente, sia volontariamente sia in base a contratti o accordi collettivi, anche aziendali, alle forme di previdenza complementare, sono deducibili, ai sensi dell’art. 10 del TUIR dal reddito complessivo, per un importo non superiore a euro 5.164,57.

Per la parte dei contributi versati che non hanno usufruito della deduzione fiscale, compresi quelli eccedenti il suddetto ammontare, il contribuente comunica alla forma pensionistica, 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 e che detti contributi, per la parte non dedotta, non scontano l’imposizione fiscale al momento della liquidazione della prestazione.

Data.....

Firma dell’Aderente

