

Da inviare a:

<b>PIANO INDIVIDUALE</b> <b>PENSIONISTICO</b> Unipol Assicurazioni S.p.A.  Via Stalingrado 45, 40128 Bologna (BO)  e-mail: <a href="mailto:previdenzacomplementare@unipol.it">previdenzacomplementare@unipol.it</a>  Contratto n° _____	<input type="checkbox"/> <b>Unipol Previdenza Futura</b> (iscrizione Albo Covip n. 5099) <input type="checkbox"/> <b>Unipol Futuro Presente</b> (iscrizione Albo Covip n. 5050)
---	--

**L'Aderente**

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 \_\_\_\_\_

**avendo**

**(barrare una sola casella)**

- esercitato l'opzione di cui all'articolo 14, c. 6 del d.lgs. 252/05, in presenza di almeno due anni di partecipazione al Piano Individuale Pensionistico (PIP)
- Ricevuto dalla forma previdenziale di provenienza apposita comunicazione che mi informa del diritto al trasferimento per modifiche che complessivamente comportano un peggioramento rilevante delle condizioni economiche ovvero modifiche che interessano in modo sostanziale la caratterizzazione del PIP
- cessato il rapporto di lavoro con l'azienda \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CHIEDE**

il trasferimento della posizione individuale presso il Fondo Pensione / Piano Pensionistico Individuale (PIP), di seguito indicato:

Denominazione (\*) \_\_\_\_\_

Numero di iscrizione all'Albo Covip dei fondi pensione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Referente \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Ente gestore (\*) \_\_\_\_\_

(\*) **dati obbligatori**

## DICHIARA

*(barrare una sola casella)*

**Aderente Piano Individuale Pensionistico (PIP)**

di aver maturato nel PIP il periodo minimo di permanenza previsto dalla legge (2 anni);

*op pure, anche prima del periodo minimo di permanenza:*

di avere aderito a un fondo pensione negoziale, aperto ad adesione collettiva o preesistente, ovvero ad un PIP in seguito all'avvio/cambiamento dell'attività lavorativa, avvenuto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

di aver maturato il diritto alla prestazione pensionistica e di volersi avvalere delle condizioni di erogazione della rendita praticate dal fondo pensione o PIP di destinazione;

di aver ricevuto dal Fondo pensione di provenienza apposita comunicazione che lo informa del diritto al trasferimento per modifiche che complessivamente comportano un peggioramento rilevante delle condizioni economiche ovvero modifiche che interessano in modo sostanziale la caratterizzazione del PIP.

**Il sottoscritto autorizza l'aggiornamento anagrafico della banca dati del PIP con i dati sopra riportati.**

**Allega la seguente documentazione – fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità:**

- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale dell'Aderente;
- Dati dell'Attività Lavorativa (**Allegato A**);
- Dichiarazione dei contributi versati e non dedotti (anche qualora i contributi versati e non dedotti siano pari a zero).

- 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;**
  - **qualora l'aderente avesse precedentemente destinato al fondo cedente il TFR (o altri contributi a cura dell'azienda) lo invitiamo ad informare tempestivamente il datore di lavoro, affinché interrompa i versamenti e li indirizzi al nuovo fondo scelto.**

Luogo e data

Firma dell'Aderente  
(ovvero del Legale Rappresentante)

**Unipol Assicurazioni S.p.A.**

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@pec.unipol.it - tel. +39 051 5076111 - fax +39 051 5076666 - Capitale sociale i.v. Euro 3,365,292,408,03  
Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00284160371 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 160304 - Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero disponibile presso il sito unipol.it/informazioni-societarie - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046 - unipol.com - unipol.it

**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 € \_\_\_\_\_;
- Anno \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_;
- Anno \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_;
- Anno \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_;
- Anno \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_;
- Anno \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_;
- Anno \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_;
- Anno \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_;
- Anno \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_;
- Anno \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_;

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell'Aderente  
(ovvero del Legale Rappresentante) \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE:**

- 1. la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta anche se i contributi versati e non dedotti sono pari a zero;**
- 2. per i lavoratori dipendenti, l'importo dei contributi non dedotti da indicare in questa dichiarazione non deve comprendere la contribuzione riferibile al TFR;**
- 3. nella dichiarazione possono essere inseriti anche i contributi relativi a posizioni maturate presso altre forme di previdenza e trasferite sul presente Piano Individuale Pensionistico**

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 \_\_\_\_\_ €

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

Luogo e data

Firma dell'Aderente  
(ovvero del Legale Rappresentante)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_