UniCredit Life Insurance

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI PENSIONISTICHE (scelta opzioni introdotte dalla Legge di Bilancio 2026)

Posizione n.: _____ **UNICREDIT PREVIDENZA P.I.P.**- PIANO INDIVIDUALE PENSIONISITCO DI TIPO ASSICURATIVO (iscritto all'Albo Covip con il n. 5086

Io sottoscritto _____ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Cognome e Nome aderente **Codice Fiscale**

M ☐ F ☐ _____ _____ _____ /_____ /_____
Sesso **Luogo di nascita (Comune e Nazione)** **Cittadinanza** **Data di nascita**

_____ _____ _____ /_____ /_____ _____ /_____ /_____
Tipo documento **Numero documento** **Data rilascio** **Data scadenza**

_____ _____
Rilasciato da **Luogo/Nazione di rilascio**

_____ _____ _____
Residenza (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) **N. civico** **CAP**

_____ _____ _____
Comune **Provincia** **Stato di residenza fiscale***

_____
Codice Fiscale estero/Motivo dell'indisponibilità (in caso di residenza fiscale diversa da Italia – obbligatorio se residenza fiscale USA)

_____ _____ _____
Domicilio (se diverso da residenza) **N. civico** **CAP**

_____ _____ _____
Comune **Provincia** **Nazione**

_____ _____ _____
Indirizzo e-mail (facoltativo) **Telefono** (facoltativo) **Cellulare** (facoltativo)

* L'indicazione dello **Stato di residenza fiscale** ai sensi dell'art.2 e dell'art.73 del TUIR approvato con D.P.R. 917 del 22 dicembre 1986, vale quale autocertificazione della residenza ex art.46 del D.P.R. del 28 dicembre 2000. In caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi di cui al relativo art.76 è prevista l'applicazione di eventuali sanzioni penali

CHIEDO

la seguente tipologia di prestazione (barrare una sola casella):

☐ **forma mista capitale al _____ % e nuova prestazione al _____ %**

☐ **nuova prestazione al 100 %**

e SCELGO la seguente tipologia di opzione introdotta dalla Legge di Bilancio 2026 (barrare una sola casella)**:**

☐ **rendita a durata definita pagabile all'aderente in rate annuali posticipate**

☐ **prelievo libero pagabile all'aderente** (l'importo minimo del prelievo è di euro 500,00 lordi o pari alla rata di rendita a durata definita se di importo inferiore, mentre l'importo massimo è dato dall'importo cumulato delle rate di rendita a durata definita, maturate e non ancora riscosse)

☐ **erogazione frazionata del montante accumulato pagabile all'aderente finché in vita in rate annuali per un periodo di anni _____** (non inferiore a 5 anni)

Si specifica che come da delibera Covip del 25 giugno 2026 è previsto un periodo transitorio iniziale durante il quale sarà possibile acquisire la richiesta di accesso alle nuove prestazioni di cui sopra con una erogazione che potrà avvenire entro il 31 dicembre 2026.

Nel caso in cui si verificasse il decesso dell'aderente nel corso dell'erogazione delle suddette prestazioni, il riscatto del montante residuo potrà essere richiesto dai beneficiari designati in caso di decesso, **salvo mia diversa indicazione di seguito specificata** (indicare la percentuale per ciascuna designazione beneficiaria fino al raggiungimento del 100%)**:**

☐ **_____ %** _____ _____/_____/_____ M ☐ F ☐
Cognome e Nome/Ragione Sociale **Data di nascita** **Sesso**

_____
Luogo di nascita (Comune – Provincia - Nazione)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Codice fiscale (se il beneficiario è una persona giuridica, indicare il codice fiscale in formato numerico) **Partita IVA**

Residenza/Sede legale (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) **N. civico** **CAP** **Comune** **Provincia** **Nazione**

Domicilio (se diverso da residenza) **N. civico** **CAP** **Comune** **Provincia** **Nazione**

_____ _____ _____
Indirizzo e-mail (facoltativo) **Telefono** (facoltativo) **Cellulare** (facoltativo**)**

☐ **_____ %** _____ _____/_____/_____ M ☐ F ☐
Cognome e Nome/Ragione Sociale **Data di nascita** **Sesso**

_____
Luogo di nascita (Comune – Provincia - Nazione)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Codice fiscale (se il beneficiario è una persona giuridica, indicare il codice fiscale in formato numerico) **Partita IVA**

Residenza/Sede legale (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) **N. civico** **CAP** **Comune** **Provincia** **Nazione**

Domicilio (se diverso da residenza) **N. civico** **CAP** **Comune** **Provincia** **Nazione**

_____ _____ _____
Indirizzo e-mail (facoltativo) **Telefono** (facoltativo) **Cellulare** (facoltativo**)**

☐ **_____ %** _____ _____/_____/_____ M ☐ F ☐
Cognome e Nome/Ragione Sociale **Data di nascita** **Sesso**

_____
Luogo di nascita (Comune – Provincia - Nazione)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Codice fiscale (se il beneficiario è una persona giuridica, indicare il codice fiscale in formato numerico) **Partita IVA**

Residenza/Sede legale (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) **N. civico** **CAP** **Comune** **Provincia** **Nazione**

Domicilio (se diverso da residenza) **N. civico** **CAP** **Comune** **Provincia** **Nazione**

_____ _____ _____
Indirizzo e-mail (facoltativo) **Telefono** (facoltativo) **Cellulare** (facoltativo**)**

Pur essendo stato informato che in caso di mio decesso l'Impresa potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari, in alternativa ho espresso la volontà di designare i beneficiari in modo generico (barrare una sola casella):

☐ i miei **eredi legittimi** in parti uguali

☐ i miei **eredi testamentari** in parti uguali o, in mancanza di testamento, i miei eredi legittimi in parti uguali

Una volta effettuata la scelta di attivare una delle suddette ulteriori forme di liquidazione delle prestazioni previdenziali:

- il montante accumulato sarà allocato sul comparto più prudente ovvero **CREDITRAS PREVI, salvo mia diversa indicazione di seguito specificata** (indicare la percentuale in modo che la somma totale delle percentuali sia pari a 100%):

Ripartizione	**Denominazione del comparto**	**Categoria**
_____ %	CREDITRAS PREVI	GARANTITO
_____ %	CREDITRAS PREVIDENZA EQUITY	AZIONARIO
100,00 %	**Totale**	

- non sarà più possibile effettuare **versamenti contributivi**, né esercitare gli istituti dell'**anticipazione** e del **riscatto**
- sarà possibile effettuare degli **switch**, **riconvertire il montante residuo in una delle rendite vitalizie di opzione**, nonché **trasferire il montante residuo in altra forma previdenziale** con il solo scopo di convertire il montante trasferito in una rendita previdenziale vitalizia

Scelta della modalità di liquidazione

- chiedo il pagamento con **bonifico** su conto corrente a me intestato o cointestato **(attenzione, non è consentito il pagamento su libretti di risparmio)**

  Banca: _____

  IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

  SWIFT/BIC: _____ **(obbligatorio in caso di bonifico su conto corrente estero)**

  L'Impresa si riserva di effettuare la verifica dell'IBAN tramite sistema interbancario

Premi dedotti

- dichiaro sotto la propria responsabilità di aver dedotto (parzialmente o interamente) i contributi versati per i seguenti anni:

ANNO	PREMI DEDOTTI

Sottoscrizioni

- la presente posizione ☐ **NON risulta** / ☐ **E' gravata** da vincolo derivante da contratto di finanziamento (barrare una sola casella)
- confermo di aver preso visione di quanto indicato nelle sezioni **"Istruzioni operative / Documentazione da produrre a corredo della pratica"** e **"Avvertenze"**, riportate sul presente modulo
- dichiaro di ☐ **Optare** / ☐ **NON optare** per il nuovo regime fiscale disciplinato dal D.lgs. 252/2005 (opzione valida solo per vecchi iscritti)
- ai sensi delle vigenti disposizioni in materia di gestione unitaria della posizione individuale, dichiaro che la presente richiesta si intende estesa - oltre alla posizione indicata nel frontespizio di questo modulo - anche ad altre eventuali posizioni attive a me intestate presso questo fondo pensione
- sono stato informato che:
  - ✓ l'art. 11, comma 2 del D. Lgs. 252/2005 stabilisce che il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, con almeno cinque anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari
  - ✓ qualora abbia maturato i requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, ho facoltà di proseguire la partecipazione al Fondo anche in assenza di contribuzione, riservandomi di determinare autonomamente il momento di fruizione della prestazione pensionistica
  - ✓ l'erogazione della prestazione pensionistica può sempre essere richiesta in forma di rendita sia dal "vecchio iscritto" (iscritto ad una forma di previdenza complementare prima del 28 aprile 1993) sia dal "nuovo iscritto" (iscritto ad una forma pensionistica complementare dopo il 28 aprile 1993)
  - ✓ l'erogazione della prestazione pensionistica in forma di capitale può sempre essere richiesta dal "vecchio iscritto" (la posizione maturata dal 01/01/2007 sarà assoggettata al regime fiscale vigente dal 01/01/2007 solo se la conversione in rendita del 70% della posizione maturata risulterà inferiore al 50% dell'assegno sociale; inoltre, in caso di scelta della liquidazione in forma capitale al 100%, la prestazione maturata dal 01/01/2001 in avanti sarà soggetta alla ritassazione dei rendimenti)
  - ✓ l'erogazione della prestazione pensionistica in forma di capitale può essere richiesta dal "nuovo iscritto" solo se l'importo ottenuto convertendo in rendita il 70% della posizione previdenziale risulterà inferiore al 50% dell'assegno sociale
  - ✓ in caso di contratto di finanziamento da me stipulato e notificato al Fondo, verrà applicato quanto previsto dalla legge
- presto il consenso alla facoltà per l'Impresa di utilizzare comunicazioni a mezzo e-mail, se fornita, per la gestione della presente richiesta
- mi assumo tutte le responsabilità civili e penali cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

Firma dell'Aderente ►_____

Luogo e data _____

Istruzioni operative e documentazione da produrre a corredo della pratica

La **richiesta** sottoscritta dall'aderente o da chi ne ha la rappresentanza legale può essere presentata direttamente all'intermediario oppure inviata tramite e-mail all'indirizzo: **info@unicreditlife.it.**

I **documenti** – **redatti in lingua italiana oppure differente, purché accompagnati dalla relativa traduzione opportunamente giurata o certificata - necessari** ad individuare gli aventi diritto e a verificare l'obbligo di pagamento sono i seguenti:

- copia fronte-retro di un valido documento d'identità dell'aderente riportante firma visibile
- certificato di residenza
- attestazione resa da altro fondo pensione presso cui l'aderente aveva attivato una posizione prima dell'adesione alla presente forma pensionistica, da cui si rilevi la data di adesione e la circostanza che la posizione – al più tardi alla data della presente richiesta – non sia stata interamente riscattata. Questa informazione concorre alla determinazione dell'anzianità maturata utile al calcolo dell'aliquota di tassazione (se l'aderente era iscritto contemporaneamente a più fondi pensione)
- liberatoria al pagamento della liquidazione timbrata e firmata dalla/e società finanziaria/e (in caso di posizione vincolata da contratto di finanziamento)
- copia della certificazione che attesti la maturazione dei requisiti di accesso alla prestazione pensionistica nel regime obbligatorio di appartenenza, con indicazione della **data di decorrenza** della pensione

Avvertenze

Verificata la presenza dei requisiti di accesso previsti per ottenere il pagamento, l'Impresa provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro il termine massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, fatta eccezione per la corresponsione della rendita a durata definita e dell'erogazione frazionata del montante accumulato, che verrà effettuata al primo anniversario di polizza successivo alla richiesta.

L'importo lordo sarà disinvestito dalla posizione dell'aderente ed assoggettato alle ritenute previste dalla Legge.

L'Impresa pagherà mediante accredito sul conto corrente intestato o cointestato all'aderente, salvo il caso di pagamenti effettuati ai rappresentanti legali e informerà l'avente diritto mediante invio della quietanza di liquidazione al suo recapito.

Qualora l'operazione non fosse stata eseguita come richiesto, o in caso di mancata ricezione della quietanza di liquidazione, si invita a contattare:

Servizio Clienti UniCredit Life Insurance, Via E. Cornalia n. 30, 20124 Milano

Telefono + 02.9118.4212 - 800.335.335