Spett.le
GamaLife - Companhia de Seguros de Vida, S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Postvendita
Via Benigno Crespi, 17
20159 Milano

Richiesta di liquidazione PIP

Piano Individuale Pensionistico n° _____ Prodotto _____

Mandato _____ Codice Intermediario/Nome Cognome _____ Punto Vendita _____

A Aderente - Dati anagrafici (Allegare copia del documento di identità valido dell'Aderente)

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data di nascita ____/____/____

Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____

Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____ Telefono _____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? ☐ SI ☐ NO Se SI, TIN/ GIIN: _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ SI ☐ NO Se SI:

Stato residenza 1: _____ Codice di identificazione _____ Tipo di Codice _____

Stato residenza 2: _____ Codice di identificazione _____ Tipo di Codice _____

Indirizzo di residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da indirizzo di Residenza per persone fisiche):

via, numero civico _____

C.A.P. di domicilio _____ Località di domicilio _____ Provincia di domicilio _____ Stato di domicilio _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

Indirizzo di corrispondenza: è vietato fissarlo presso l'Intermediario

Indirizzo di corrispondenza diverso da residenza? ☐ SI ☐ NO

Indirizzo di corrispondenza intestato all'Aderente? ☐ SI ☐ NO

Presso _____

via, numero civico _____

C.A.P. di corrispondenza _____ Località di corrispondenza _____ Provincia di corrispondenza _____

L'Aderente dichiara di essere Persona Politicamente Esposta (P.E.P. definizione in allegato G): ☐ SI ☐ NO Se Si: Indicare se in Carica ☐ SI ☐ NO

Indicare carica ricoperta* _____

*se P.E.P. in quanto familiare di P.E.P o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A)

Se è stato selezionato «16. Pensionato» allora specificare attività precedente: _____ (Allegato A)

Sede prevalente attività svolta Stato _____ Provincia _____ Comune _____

A1 - Estremi del documento di riconoscimento

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

GamaLife - Companhia de Seguros de Vida, S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia della società portoghese a socio unico GamaLife - Companhia de Seguros de Vida, S.A. con sede legale in Lisbona, con sede legale in Lisbona, Avenida Columbano Bordalo Pinheiro, 75 -11º piano, 1070-061, numero d'iscrizione presso l'Ufficio del Registro delle Imprese di Lisbona e codice fiscale 503024856, capitale sociale Euro 50.000.000,00 interamente sottoscritto e versato, sede secondaria in Italia presso Via Benigno Crespi 17, 20159, Milano, C.F. e n. iscrizione presso il Registro delle imprese di Milano Monza Brianza e Lodi 12582180969 Indirizzo PEC: gamalife@pec.it

B Trasferimento ad altro fondo pensione/altra forma pensionistica individuale: ☐

Il Sottoscritto richiede il trasferimento della propria posizione individuale al

Fondo Pensione/altra forma pensionistica individuale: _____

Indirizzo: _____

☐ in quanto vi ha facoltà di accesso in relazione alla sua attività lavorativa;

☐ in quanto la Società ha introdotto modifiche peggiorative alle condizioni economiche del Fondo;

☐ in quanto è decorso il periodo minimo di iscrizione al Fondo.

C Prestazione pensionistica ☐

☐ 100% in **capitale** ☐ 100% in **rendita** ☐ ____% in capitale e la quota residua in rendita (indicare eventuale altra percentuale)

Chiede inoltre che l'importo maturato, così come verrà determinato da GamaLife S.A. in base al Regolamento del PIP, venga accreditato sul C/C a lui intestato

IT																										
	N.Contr.		CIN	ABI					CAB						Numero di c/c											

C1 - Periodicità della rendita

☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale

C2 - Tipologia della rendita

☐ **vitalizia** ☐ **reversibile** al *(scegliere solo una percentuale)* : ☐ 100% ☐ 60% ☐ 50%

☐ **certa 5 anni** ☐ **certa 10 anni** ☐ **con caso morte**

C3 - Dati relativi al Revisionario (in caso di reversibile) o del soggetto designato (in caso di certa 5, certa 10 o con caso morte)

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data di nascita ____/____/____

Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____

D Altre forme alternative di prestazione pensionistica ☐

Il sottoscritto richiede che l'ammontare della posizione individuale accumulata venga trasferito in uno dei due comparti:

☐ Gestione separata Fondo VIP ☐ Gestione separata GL Style

E' altresì consapevole che in difetto di indicazioni, tale ammontare verrà trasferito in una polizza di ramo I collegata alla gestione separata "GL Style".

Il sottoscritto richiede una delle seguenti forme di prestazione pensionistica

☐ **Rendita a durata definita**

Periodicità di erogazione: ☐ Trimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale

☐ **Prelievi liberamente determinabili**

Importo lordo euro: _____ (min. 5.000,00 annui)

☐ Semestrale ☐ Annuale

Si evidenzia che, al fine di consentire alle forme pensionistiche complementari di adeguare in maniera ordinata i sistemi e i processi operativi interni per la gestione delle richieste e l'erogazione delle prestazioni di cui all'art. 11, comma 3-bis del DLgs 252/2005, è previsto un periodo transitorio durante il quale le forme pensionistiche sono tenute ad acquisire le richieste degli iscritti di accedere alle nuove prestazioni sopra riportate, ma, in deroga a quanto previsto dal paragrafo 4 della Deliberazione Covip 25 giugno 2026, possono procedere alla liquidazione e all'erogazione delle nuove prestazioni successivamente all'avvenuto adeguamento (entro il 31 dicembre 2026).

L'importo maturato, così come verrà determinato da GamaLife S.A. in base al Regolamento del PIP, verrà accreditato sul C/C a me intestato:

IT																										
	N.Contr.		CIN	ABI					CAB						Numero di c/c											

E Riscatto (disoccupazione): ☐

Il Sottoscritto richiede il riscatto della propria posizione individuale maturata, nella misura del:

☐ 50% in quanto, come risulta dalla documentazione allegata, ha cessato l'attività lavorativa per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi, senza aver maturato i requisiti per il diritto alla pensione complementare;

☐ 50% per ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, a Cassa integrazione ordinaria e straordinaria;

☐ 100% in quanto, come risulta dalla documentazione allegata, ha cessato l'attività lavorativa per un periodo di tempo superiore a 48 mesi, senza aver maturato i requisiti per il diritto alla pensione complementare;

☐ 100% per invalidità permanente con riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo;

☐ 100% per cessazione dei requisiti di partecipazione alla forma pensionistica complementare per cause diverse (da documentare).

Chiede inoltre che l'importo maturato, così come verrà determinato da GamaLife S.A. in base al Regolamento del PIP, venga accreditato sul C/C a lui intestato:

IT																										
	N. Contr.	CIN	ABI						CAB						Numero di c/c											

F Decesso dell'Aderente: ☐

Il Sottoscritto:

Cognome (o Ragione Sociale) _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

C.F/P.IVA. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data di nascita (o Data di costituzione) ____/____/____

Iscrizione ☐ registro imprese (CCIAA REA) ☐ registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Relazione con l'Aderente _____ (Allegato C)

Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____

Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____ Telefono _____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? ☐ SI ☐ NO Se SI, TIN/ GIIN: _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ SI ☐ NO Se SI:

Stato residenza 1: _____ Codice di identificazione _____ Tipo di Codice _____

Stato residenza 2: _____ Codice di identificazione _____ Tipo di Codice _____

Indirizzo di residenza (o Sede legale): via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da indirizzo di Residenza):

via, numero civico _____

C.A.P. di domicilio _____ Località di domicilio _____ Provincia di domicilio _____ Stato di domicilio _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

Il soggetto designato dichiara di essere Persona Politicamente Esposta (P.E.P. definizione in allegato G): ☐ SI ☐ NO Se Si: Indicare se in Carica ☐ SI ☐ NO

Indicare carica ricoperta* _____

*se P.E.P. in quanto familiare di P.E.P o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A)

Se è stato selezionato «16. Pensionato» allora specificare attività precedente: _____ (Allegato A)

Sede prevalente attività svolta Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Codice SOTTOGRUPPO _____ (Allegato E) Codice ATECO _____ (Allegato F)

Se è stato selezionato codice Sottogruppo «600» allora specificare ambito attività: _____ (Allegato D)

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

nella qualità di soggetto designato con riferimento al PIP n° _____

comunica il decesso dell'Aderente avvenuto il _____

A corredo allega certificato di morte e chiede che venga dato seguito all'istruttoria della pratica per la liquidazione del valore di riscatto.

Chiede inoltre che, verificata l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento nei suoi riguardi, l'importo della liquidazione, così come verrà determinato da GamaLife S.A. in base al Regolamento del PIP, gli venga comunicato e contestualmente accreditato sul suo conto corrente:

Coordinate bancarie del soggetto designato sui cui effettuare il bonifico

IT																										
	N. Contr.	CIN	ABI						CAB						Numero di c/c											

G Titolari effettivi dei soggetti designati - Da compilare qualora i soggetti designati indicati siano soggetto diversi da persona fisica. Se soggetto designato è una società fiduciaria, compilare modulo a parte per Titolari Effettivi

Soggetto designato soggetto designato numero _____ **Titolare Effettivo numero** _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data di nascita _____/_____/_____

Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

Relazione tra Aderente e titolare effettivo Beneficiario _____ (Allegato C)

Soggetto designato soggetto designato numero _____ **Titolare Effettivo numero** _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data di nascita _____/_____/_____

Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

Relazione tra Aderente e titolare effettivo Beneficiario _____ (Allegato C)

Soggetto designato soggetto designato numero _____ **Titolare Effettivo numero** _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data di nascita _____/_____/_____

Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

Relazione tra Aderente e titolare effettivo Beneficiario _____ (Allegato C)

Soggetto designato soggetto designato numero _____ **Titolare Effettivo numero** _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data di nascita _____/_____/_____

Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

Relazione tra Aderente e titolare effettivo Beneficiario _____ (Allegato C)

H Soggetto Terzo *(definizione in allegato I)*

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data di nascita ____/____/____

Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____

Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____

Tipo documento _____ N. di documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/____

Indirizzo di residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza ____ Stato di residenza _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da indirizzo di Residenza):

via, numero civico _____

C.A.P. di domicilio _____ Località di domicilio _____ Provincia di domicilio _____ Stato di domicilio _____

Relazione con l'Aderente _____ (Allegato C)

I Anticipazioni ☐

Il Sottoscritto richiede l'anticipo, secondo le previsioni del Regolamento del PIP, della propria posizione individuale maturata in _____ anni di partecipazione al Fondo **(N.B. è richiesto un minimo di 8 anni d'iscrizione),** nella misura del:

☐ 75% Acquisto della prima casa di abitazione per se stesso o per i propri figli;

☐ 75% Interventi di recupero del patrimonio edilizio relativo alla prima casa di abitazione;

☐ 75% Eventuali spese sanitarie per terapie ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche (in questo caso non sono necessari gli 8 anni di iscrizione);

☐ 30% per esigenze personali.

Chiede inoltre che l'importo maturato, così come verrà determinato da GamaLife S.A. in base al Regolamento del PIP, venga accreditato sul C/C:

IT																									
	N.Contr.		CIN	ABI					CAB					Numero di c/c											

Luogo e Data _____ Firma leggibile dell'Intermediario ➔ _____ Firma leggibile dell'Aderente ➔ _____

L Consenso al trattamento dei dati

Il/i sottoscritto/i, ricevuta e letta l'informativa, dichiara/no di acconsentire al trattamento dei propri dati personali relativi alla salute per le finalità di cui al punto 2 a) dell'informativa medesima (finalità contrattuali e di legge). Inoltre, l'aderente dichiara di provvedere a rendere noti i contenuti dell'informativa al/i soggetto/i designato/i, all'eventuale terzo pagatore ed all'eventuale titolare effettivo del/i soggetto/i designato/i alla prima occasione di contatto con quest'ultimo/i.

Data _____ Firma leggibile dell'Aderente* ➔ _____

Inoltre, l'Aderente presta il suo specifico, libero e facoltativo consenso, al trattamento dei suoi dati personali:

(b) per finalità di marketing, invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate, materiale pubblicitario e vendita di prodotti o servizi della Società (tramite strumenti automatizzati quali ad esempio, sms, posta elettronica etc e strumenti tradizionali quali posta e telefono) nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato. ☐ SI ☐ NO

(c) per consentire alla Società di effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi.

(d) per la comunicazione degli stessi a soggetti terzi come indicati al punto 2 lett. d) dell'Informativa, i quali potranno a loro volta trattarli per loro proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non automatizzata. ☐ SI ☐ NO

☐ SI ☐ NO

Data _____ Firma leggibile dell'Aderente* ➔ _____

** in caso di soggetti minori il consenso viene prestato dal soggetto/i che esercita/tano la responsabilità genitoriale*

M Dichiarazione dell'Aderente ai sensi D.Lgs. n 231/07 e s.m.i.

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dell'informativa allegata al presente documento e consapevole delle responsabilità penali previste dal D. Lgs. n. 231/07 e s.m.i in caso informazioni false o non veritiere:

- Dichiara di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai sensi e per gli effetti della vigente normativa per il contrasto del «riciclaggio di capitali e del finanziamento del terrorismo» e che le stesse corrispondono al vero.
- Dichiara infine di essere a conoscenza che le dichiarazioni sono sottoposte a verifica e profilatura del rischio e che il mancato rilascio delle medesime informazioni determina l'impossibilità di procedere all'accensione dei rapporti o all'esecuzione delle operazioni richieste, ivi incluse le modifiche contrattuali relative all'accettazione di nuovi versamenti aggiuntivi non obbligatori e alla designazione di nuovi soggetti designati.

Luogo e Data di compilazione_____ Firma leggibile dell'Aderente/soggetto designato ➔ _____

Spazio riservato all'intermediario

Valutazione dell'intermediario ai sensi della normativa antiriciclaggio

☐ Reticenza nel fornire le informazioni richieste
☐ Inusualità della transazione e/o delle modalità operative o della tempistica
☐ Comportamento che non denota anomalie
☐ Poca trasparenza della compagine societaria al fine di identificare il titolare effettivo
☐ Interposizione di terzi senza alcuna motivazione commerciale apprezzabili

Da quanto è attivo il rapporto tra l'Aderente/soggetto designato e l'intermediario? ☐ Meno di 1 anno ☐ da 1 e 5 anni ☐ oltre 5 anni

L'intermediario attesta che l'operazione è coerente rispetto al profilo dell'Aderente/soggetto designato ☐ Si ☐ No

Per i distributori che attribuiscono all'Aderente/soggetto designato un profilo di rischio, inserire il profilo di rischio (se disponibile) ☐ Molto Basso ☐ Basso ☐ Medio ☐ Alto

Io sottoscritto dichiaro che il presente modulo è stato correttamente compilato e, precisato che le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza, dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int., il soggetto di cui trattasi (Aderente/soggetto designato ovvero Esecutore per suo conto), di aver verificato la veridicità dei relativi dati, di aver acquisito le necessarie informazioni per l'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela e di aver rilevato il comportamento tenuto dal soggetto di cui trattasi come sopra evidenziato.

Luogo e Data di compilazione_____ Firma leggibile dell'Intermediario ➔ _____

COMUNICAZIONE CONTRIBUTI NON DEDOTTI

(art. 8, comma 4, D.Lgs. n. 252/2005)

Il/La sottoscritto/a:

Cognome_____Nome_____

Codice fiscale_____data di nascita _____/_____/_____

Aderente al Piano Pensionistico Individuale n. _____, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

che, per l'anno _____non è stato portato in deduzione in sede di dichiarazione dei redditi **l'importo**

di euro _____.

Data compilazione_____ **Firma dell'Aderente**_____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Ai sensi dell'art. 8, comma 4, del d.lgs. n. 252/2005, entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla vigente normativa.

GamaLife - Companhia de Seguros de Vida, S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia della società portoghese a socio unico GamaLife - Companhia de Seguros de Vida, S.A. con sede legale in Lisbona, con sede legale in Lisbona, Avenida Columbano Bordalo Pinheiro, 75 -11º piano, 1070-061, numero d'iscrizione presso l'Ufficio del Registro delle Imprese di Lisbona e codice fiscale 503024856, capitale sociale Euro 50.000.000,00 interamente sottoscritto e versato, sede secondaria in Italia presso Via Benigno Crespi 17, 20159, Milano, C.F. e n. iscrizione presso il Registro delle imprese di Milano Monza Brianza e Lodi 12582180969 Indirizzo PEC: gamalife@pec.it