



PREVICOOPER
FONDO PENSIONE
COMPLEMENTARE
N. 102 Albo Fondi Pensione
VIA C. B. PIAZZA 8 00161
ROMA
0644254842 FAX 0644118106
mail previcooper@previcooper.it

MODULO RICHIESTA TRASFERIMENTO AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE

RISERVATO A PREVICOOPER

PROT. _____

DATA _____

1. DATI DELL'ADERENTE

(compilazione a cura dell'aderente)

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ____ / ____ / ____

Comune di nascita: _____ Prov.: () Tel.: _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: ()

2. OPZIONE PRESCELTA per il trasferimento della posizione individuale

(compilazione a cura dell'aderente)

A) TRASFERIMENTO per cessazione dei requisiti di partecipazione, (ad esempio per cessazione dell'attività lavorativa, nomina a dirigente) richiesti per l'iscrizione al Fondo Pensione.

B) TRASFERIMENTO VOLONTARIO senza che sia cessata l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo Pensione ed in presenza di almeno due anni di partecipazione al Fondo Pensione

Forma Pensionistica complementare di destinazione:

Denominazione: _____

Indirizzo completo: _____ Tel.: _____

Indirizzo e-mail: _____

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

(compilazione a cura dell'aderente)

Data 1^a iscrizione a forme pensionistiche complementari: ____ / ____ / ____ Contributi non dedotti non ancora comunicati (ultimo anno): €

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di:

- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione di trasferimento della posizione individuale
 - di essere a conoscenza che la portabilità della eventuale contribuzione di fonte datoriale è consentita solo se prevista dai contratti o accordi collettivi, anche aziendali, e secondo le modalità e nei limiti in essi stabiliti.
- E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.*

Data Compilazione: ____ / ____ / ____ Firma: _____

4. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA (compilazione e sottoscrizione a cura dell'azienda)

Denominazione Azienda: _____

Età pensionabile stabilita nel regime obbligatorio di appartenenza dell'aderente: _____

Data cessazione attività/nomina dirigente: ____ / ____ / ____ Aliquota T.F.R. (solo "vecchi iscritti"): _____ %

Importo ultimo contributo dovuto al Fondo Pensione: € _____ In data: ____ / ____ / ____

Data Compilazione: ____ / ____ / ____ Timbro e firma del datore di lavoro: _____

Isritto:

1. compilare e firmare i moduli,
2. allegare la fotocopia del documento d'identità,
3. consegnare con raccomandata a mano o postale al datore di lavoro.

Datore di lavoro:

1. compilare il modulo nella parte riservata,
2. spedire il modulo e gli allegati a:

PREVICOOPER - Via C. B. Piazza, 8 - 00161 ROMA.

L'incompleta compilazione o la mancata sottoscrizione dei moduli e della documentazione allegata o la sua incompletezza comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

