

9.6 TM Trasferimento per perdita dei requisiti



FONDO PENSIONE

Io sottoscritto/a

Cognome Nome

Codice Fiscale Residente a

Via N° CAP Prov.

Tel. Cell. E-mail

Azienda di appartenenza

Autorizzo l'invio del prospetto di liquidazione all'indirizzo e-mail sopra indicato

Autorizzo l'invio della comunicazione periodica all'indirizzo e-mail sopra riportato

Chiedo

il **TRASFERIMENTO** IN SEGUITO ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

ai sensi del D.Lgs. n. 252/2005 e dello statuto Previmoda:

Fondo destinazione Codice Covip

Il trasferimento non è soggetto a tassazione.

Compilare il seguente modulo anche in caso di cambio contratto.

Allegare documento d'identità in corso di validità.

Con la sottoscrizione del presente modulo, autorizzo il Fondo Pensione al trattamento dei miei dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del D.Lgs. n. 196/03, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Data

FIRMA DELL'ADERENTE

LA RICHIESTA VA INVIATA A PREVIMODA TRAMITE E-MAIL, FAX OPPURE POSTA.