



Fondo Pensione Aperto

**Richiesta di trasferimento
verso altra forma di previdenza**

mod. **OUTFPA**

**RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE VERSO ALTRA FORMA DI PREVIDENZA
COMPLEMENTARE**

Da inviare a:

FONDO PENSIONE APERTO UNIPOLSAI PREVIDENZA FPA

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A. - Vita – Previdenza

Via Stalingrado, 45 40128 Bologna BO

Adesione n° _____

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 Fondo Pensione
- 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 Fondo Pensione
- 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

(compilare un solo riquadro e barrare una sola casella)

Aderente a Fondo Pensione Aperto ad adesione individuale

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

oppure, anche prima del periodo minimo di permanenza:

- di avere aderito a un fondo pensione negoziale, aperto ad adesione collettiva o preesistente 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 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 Fondo;

Aderente a Fondo Pensione Aperto ad adesione collettiva

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

oppure, anche prima del periodo minimo di permanenza:

- di aver perso i requisiti di partecipazione al gruppo di aderenti in via collettiva in data ____/____/____;
- di aver maturato il diritto alla prestazione pensionistica e di volersi avvalere delle condizioni di erogazione della rendita praticate dal fondo pensione di destinazione;
- di aver ricevuto dal Fondo Pensione o PIP 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 Fondo;

Il sottoscritto autorizza l'aggiornamento anagrafico della banca dati del Fondo Pensione 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.

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.

Luogo e data

Firma

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 € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Anno _____ importo € _____;

Luogo e data

Firma

ATTENZIONE:

1. la dichiarazione dovrà essere compilata e sottoscritta anche se i contributi versati e non dedotti sono pari a zero;
2. nella dichiarazione dovranno essere inseriti anche i contributi relativi a posizioni maturate presso altre forme di previdenza e trasferite sul presente Fondo Pensione.

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 Fondo pensione _____ %

Ultimo contributo versato al Fondo pensione

Data ____/____/____ Importo _____ €

IMPORTO ULTIMA CONTRIBUZIONE DOVUTA: è indispensabile segnalare sempre l'importo ultimo contributo versato al Fondo Pensione e la relativa data. Eventuali contributi versati al Fondo pensione 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 Fondo pensione

Data ____/____/____ Importo _____ €

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

Luogo e data

Firma

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale Sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione
Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046.

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it