COMUNICAZIONE MANTENIMENTO POSIZIONE APERTA

Io sottoscritto/a _____ Cod. Aderente _____

CODICE FISCALE _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

data prima iscrizione fondo _____ Telefono _____

Società _____ assunto/a il _____ C.I.D. _____

(compilare solo se dipendente di una società iscritta al Fondo Pensione FNM)

Residenza: Indirizzo _____

CAP _____ Comune _____ Provincia (___)

Domicilio: (da indicare solo se diverso dalla residenza)

Indirizzo _____

CAP _____ Comune _____ Provincia (___)

DICHIARO

di essere cessato dalla società _____ in data _____ e di voler mantenere aperta, fino a nuova disposizione, la mia posizione presso il Fondo Pensione FNM.

Di avere raggiunto il diritto alla prestazione pensionistica obbligatoria: SI ☐ NO ☐.

Mi impegno altresì al pagamento delle quote pro capite a copertura dei costi connessi alla gestione amministrativa, di cui all'art. 5 comma 3 Regolamento, ed autorizzo sin d'ora il Fondo Pensione FNM, in caso di mancato pagamento delle quote pro capite a copertura dei costi connessi alla gestione amministrativa di cui all'art. 5 comma 3 del Regolamento, a trattenere gli importi dovuti contestualmente alla liquidazione od al trasferimento della posizione individuale, con una maggiorazione del 5% su base annuale e rapportato al periodo trascorso dalla scadenza di ogni pagamento al momento della liquidazione o del trasferimento della posizione ovvero al momento del ritardato pagamento.

In fede

data _____ _____

AVVERTENZA: Il modulo deve essere compilato e spedito o consegnato al Fondo Pensione FNM solo nel caso di cessazione del rapporto di lavoro con una delle Società del Gruppo FNM e di conseguente scelta da parte del Titolare di mantenere aperta la posizione anche in assenza di contribuzioni ed avrà effetto dalla data di versamento dell'ultima contribuzione alla posizione individuale.

TIMBRO E FIRMA
a cura del Fondo Pensione FNM