

MODULO RICHIESTA DI TRASFERIMENTO

Con la presente il/la Signor/Signora

Codice Fiscale

codice aderente

iscritto/a al Fondo Pensione FNM dal

data prima iscrizione alla previdenza integrativa

Email

Telefono

Nato/a a

Prov. () il

Domicilio Fiscale Via

Cap

Città

Prov. ()

Documento di Riconoscimento

Numero

Data Rilascio

Autorità/Luogo

chiede il trasferimento della posizione individuale aperta presso Fondo Pensione FNM, come previsto dal DLgs 252/2005 art. 14 comma 3 e successive modifiche



TRASFERIMENTO

Il sottoscritto richiede il trasferimento della posizione previdenziale



Per perdita dei requisiti di partecipazione (dimissioni, licenziamento, altro) in data



In costanza di rapporto di lavoro (con almeno 2 anni di iscrizione al Fondo)

verso il fondo pensione o la forma pensionistica individuale

Fondo, iscritto all'Albo dei Fondi Pensione n.

e con sede in Via

-

(cap – località)

Il/la sottoscritto/a

autorizza il trattamento dei dati

personali ai sensi delle vigenti norme di Legge (ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679) per lo svolgimento delle attività connesse all'esecuzione di quanto sopra ed allega fotocopia del documento d'identità e del codice fiscale.

Data _____

iscritto/a _____

Data effetto _____

TIMBRO E FIRMA

a cura del Fondo Pensione FNM

LIQ03

MANLEVA PER ACCREDITO AL FONDO PENSIONE FNM IMPORTI MATURATI DAI “VECCHI ISCRITTI”

Il presente modulo deve essere compilato congiuntamente alla richiesta di liquidazione/anticipazione con riferimento alle posizioni degli iscritti al fondo pensione precedentemente la data del 29.04.1993 ("vecchi iscritti") in caso di erogazione diversa da riscatto totale conseguente al decesso.

lo sottoscritto/a

Codice Fiscale

Telefono

Domicilio fiscale: via

Cap	comune	prov
-----	--------	------

categoria d'appartenenza "VECCHIO ISCRITTO" data 1^ iscrizione fondo

in seguito alla richiesta di smobilizzo della propria posizione previdenziale derivante da:

(barrare le caselle interessate)

**trasferimento** ex art. 14 DLgs 252/2005 secondo le modalità di seguito indicate

Al fine di consentire al Fondo Pensione FNM di procedere all'operazione di pagamento in un'unica soluzione,
io sottoscritto/a _____ in qualità di beneficiario/a della parte di prestazione maturata a tutto il 31.12.2000

☐ **AUTORIZZO**

☐ **NON AUTORIZZO**

ai sensi dell'art. 1188 del Codice Civile la Compagnia Assicuratrice UNIPOL S.p.A. ad accreditare la parte di prestazione pensionistica netta maturata a tutto il 31.12.2000 a me spettante sul conto corrente del Fondo Pensione FNM

BANCO BPM – Agenzia n. 3

CODICE IBAN IT 67 M 05034 01690 000000025672

Il/la sottoscritto/a dichiaro/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. È 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. Il/la sottoscritto/a dichiaro/a, inoltre, per se e per i suoi aventi causa, di tenere indenne e sollevata la Compagnia Assicuratrice UNIPOL SpA da qualsiasi pretesa ed eccezione che venisse avanzata in relazione all'erogazione al Fondo Pensione FNM dell'importo della prestazione netta allo stesso spettante.

In fede

Data

TIMBRO E FIRMA

a cura del Fondo Pensione FNM

Fondo Pensione FNM

Sede Legale:
Piazzale Cadorna, 14 - 20123 Milano
Iscrizione all'Albo n. 1165
Codice Fiscale n. 97116730157

Segreteria: telefono 02 85114388
www.fondopensioneefnm.it
e-mail: fondopensioneefnm@fondopensioneefnm.it
PEC: fondopensioneefnm@legalmail.it