



⇒ **N.B. IL MODULO CHE DOVRÀ ESSERE SPEDITO IN ORIGINALE E COMPLETO ANCHE NELLA PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA E SPEDITO MEZZO POSTA. I MODULI ARRIVATI MEZZO FAX O E-MAIL, VERRANNO RITENUTI NULLI.**

9.8 RICHIESTA DI TRASFERIMENTO AD ALTRO FONDO PENSIONE IN COSTANZA DI RAPPORTO DI LAVORO

Parte riservata all'aderente

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

residente a _____ Via _____ Cap _____ Pv. _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

CHIEDE di TRASFERIRE la propria posizione nel Fondo Pensione sottoindicato:

Nome Fondo _____

Città _____ Via _____ Cap _____ Pv. _____

Nominativo di riferimento _____ Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che il trasferimento ad altra forma pensionistica, in assenza della perdita dei requisiti di appartenenza a Previmoda comporta la cessazione al Fondo.

Data **Firma dell'aderente**

AVVERTENZA PER L'ADERENTE

⇒ **Si consiglia di effettuare una fotocopia prima dell'invio del modulo.**

Parte riservata all'azienda

RAGIONE SOCIALE	Codice Fiscale
-----------------	----------------

comunica di aver effettuato/che effettuerà:

- l'ultima ritenuta in busta paga per la contribuzione a Previmoda con il mese di (mm/aaaa)

- l'ultimo versamento a favore dell'aderente sopra indicato in datacon la distinta del trim./anno

Si segnalano gli eventuali periodi di mancata trattenuta delle contribuzioni (es.: sospensione, CIG o CIGS, maternità facoltativa, aspettativa, ecc.):

Tipo	dal	al
Tipo	dal	al
Tipo	dal	al

Data **Timbro e firma dell'azienda**