

e.p.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE

## Dati dell'aderente (allegare copia di un documento di identità)

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

NR. TELEFONO

E-MAIL

POLIZZA N. \_\_\_\_\_ PENSIONLINE iscrizione albo covip n. 5077 – Società Alleanza Assicurazioni S.p.A.,

**CHIEDE il trasferimento della propria posizione previdenziale, verso**

## Dati del Fondo di destinazione

DENOMINAZIONE SOCIETÀ

ISCRIZIONE ALBO COVIP N.

DENOMINAZIONE FONDO

POLIZZA N.

## Dati previdenziali e contributivi

**1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari prima del 28/4/1993?**  NO  SÌ

Va indicato se l'aderente al 28/4/1993 era iscritto ad una forma pensionistica complementare e non ha mai riscattato la posizione. In caso affermativo il cliente è "vecchio iscritto", diversamente, un "nuovo iscritto". In assenza di indicazione verrà considerato un "nuovo iscritto".

**Contributi non dedotti non ancora comunicati:** € \_\_\_\_\_

Entro il 31/12 dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi non dedotti in sede di dichiarazione dei redditi. Qualora non siano ancora stati comunicati, indicare l'importo dei contributi versati lo scorso anno e non dedotti.

\_\_\_\_\_  
Data e luogo

X

\_\_\_\_\_  
Firma dell'aderente**NOTE:**

In caso di versamento del TFR, il cliente dovrà comunicare tempestivamente la variazione del fondo al datore di lavoro.