



**ALLEANZA**  
ASSICURAZIONI

Spett.le

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e p.c. Uff. Presidio Logistica Service  
Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV)

e-mail:  
**presidiologisticaservice.mv@generali.com**

## RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE

POLIZZA N. \_\_\_\_\_

### Dati dell'aderente

COGNOME

\_\_\_\_\_

NOME

\_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

\_\_\_\_\_

NR. TELEFONO

\_\_\_\_\_

E-MAIL

\_\_\_\_\_

con posizione previdenziale presso

### Dati del Fondo di provenienza

DENOMINAZIONE SOCIETÀ

\_\_\_\_\_

ISCRIZIONE ALBO COVIP N.

\_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE FONDO

\_\_\_\_\_

POLIZZA N.

\_\_\_\_\_

chiede il TRASFERIMENTO verso

### Dati del Fondo di destinazione

DENOMINAZIONE SOCIETÀ

**ALLEANZA ASSICURAZIONI S.P.A.**

ISCRIZIONE ALBO COVIP N.

**5077**

DENOMINAZIONE FONDO

**PENSIONLINE**

POLIZZA N.

\_\_\_\_\_

Ripartizione del trasferimento in %:  Previdenza Concreta  LVA Azionario Previdenza

In assenza di indicazioni l'importo del trasferimento sarà investito in Pensionline in base alla ripartizione presente in polizza.

Qualora fosse attivo il programma Life Cycle, il versamento sarà ripartito automaticamente in base alle percentuali prestabilite dalle Condizioni Generali di contratto.

### 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 al datore di lavoro la variazione del fondo di previdenza complementare.