

PROMÉTHEIA

Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n.1181

MODULO DI RICHIESTA TRASFERIMENTO AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE

1. ADERENTE

Cognome _____ Nome _____

Cod. fiscale _____ Sesso M F

Data di nascita ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia (____)

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Tel. ____/____

E-mail _____

Domiciliato in _____ Via _____ CAP _____

(solo se diverso da residenza)

Tipologia di Iscrizione alla previdenza complementare

prima del 28/4/1993 (VECCHI ISCRITTI)

dopo il 28/4/1993 (NUOVI ISCRITTI)

2. MOTIVAZIONI TRASFERIMENTO

perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo (es. dimissioni, licenziamento, ecc.) a seguito della cessazione dell'attività lavorativa avvenuta in data |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|

portabilità della posizione avendo maturato il periodo minimo pari a due anni di permanenza nel Fondo

DATI DEL FONDO DESTINATARIO:

Denominazione _____ Referente _____

Albo COVIP n. _____ Sede _____ CAP _____ Prov. (____)

Tel/fax _____ E.mail _____

contributi NON dedotti dal 01.01.2001 al 31.12.2006 EURO _____

contributi NON dedotti dal 01.01.2007 EURO _____

Data ____/____/____

Firma _____

In caso di notifica al Fondo Pensione Prometheia di un eventuale contratto di finanziamento contro cessione quinto dello stipendio, l'operazione di trasferimento verrà notificata alla società finanziaria qualora alla predetta data il debito non sia stato integralmente estinto.

In caso di erogazione della Rendita Integrativa Temporanea Anticipata (RITA), la richiesta di trasferimento comporta la revoca automatica della stessa; verrà pertanto trasferita l'intera posizione individuale.

PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA (compilazione a cura del datore di lavoro)

Società _____ Referente ufficio personale _____ conferma quanto sopra dichiarato dal richiedente e comunica che l'ultimo versamento dei contributi al Fondo Pensione Prometheia per il lavoratore è stato effettuato in data: ____/____/____

I dati fiscali per i versamenti effettuati prima del 31.12.2000 (se presenti) sono i seguenti:

- il versamento a carico dipendente di ciascun anno HA SUPERATO il 4% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR per Euro _____
- l'aliquota di tassazione del TFR si sensi dell'art. 19 del TUIR _____ % (solo per vecchi iscritti)
- l'importo totale delle riduzioni annue spettanti al Fondo per le quote di TFR è pari a Euro _____

Data ____/____/____

Timbro e Firma Azienda _____

Allegare al presente modulo la fotocopia del documento d'identità in corso di validità