

# CAPIDI

Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n.1009

Da inviare a mezzo raccomandata  
a/r, PEC o consegnare brevi mani a:

CAPIDI  
Fondo Pensione Complementare per i  
Dirigenti dei Gruppi Autostrade per l'Italia  
e Mundys  
Via Alberto Bergamini, 50

## MODULO DI RICHIESTA DI TRASFERIMENTO AD ALTRA FORMA DI PREVIDENZA 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. MOTIVAZIONE 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 \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. ( )

Tel/fax \_\_\_\_\_ E.mail \_\_\_\_\_

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.

Data Compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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