

CAPIDI

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

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

CAPIDI
Fondo Pensione Complementare per i
Dirigenti dei Gruppi Fintecna e Atlantia
Via Giovanni Battista de Rossi, 30
00161 ROMA

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.