

Dichiarazione del Legale Rappresentante del Fondo di Previdenza Complementare

Il sottoscritto

Cognome e nome					
In qualità di Legale Rappresentante del Fondo di Previdenza Complementare:					
In forma abbreviata:					
Denominazione Società/ Impresa di Assicurazione					
Tipologia Fondo					
Via					
C.A.P.		Comune		Prov.	

Dichiara che

IL FONDO E' ISCRITTO AL N. DELL'ALBO TENUTO DALLA COVIP AI SENSI DELL'ART. 19, COMMA 1, D.LGS 252/05

e che

Cognome					
Nome					
Nato/a il (gg/mm/aaaa)		A (Comune o Stato estero di nascita)		Prov.	
ISCRITTO A QUESTO FONDO DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE DAL					
<input type="radio"/> HA OTTENUTO IL RISCATTO TOTALE DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE IN DATA					
<input type="radio"/> NON HA RISCATTATO INTEGRALMENTE LA SUA POSIZIONE INDIVIDUALE					

- ☐ L'OMMISSIONE CONTRIBUTIVA SI E' VERIFICATA ALL'INTERNO DI QUESTO FONDO DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE
☐ L'OMMISSIONE CONTRIBUTIVA SI E' VERIFICATA ALL'INTERNO DI ALTRO FONDO DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE DAL QUALE IL LAVORATORE HA OTTENUTO IL TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE IN DATA

I CONTRIBUTI PER I QUALI E' STATO RICHIESTO L'INTERVENTO DEL FONDO, SOTTO INDICATI NEL DETTAGLIO, SONO DOVUTI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI PENSIONISTICHE COMPLEMENTARI COMPRESSE QUELLE AI SUPERSTITI ED ESCLUSE LE PRESTAZIONI PER INVALIDITA' ED INABILITA' (ART. 5, COMMA 1, D.LGS. 80/92).

ANNO	dal		al		€	
ANNO	dal		al		€	
ANNO	dal		al		€	
ANNO	dal		al		€	
TOTALE						

- ☐ DI NON AVER RICEVUTO ACCONTI;
☐ DI AVER RICEVUTO ACCONTI PER €; DI CONSEGUENZA RESIDUANO DA VERSARE €

..... Li

TIMBRO E FIRMA