



Dichiarazione del Legale Rappresentante del Fondo di Previdenza Complementare - 1/3

Da allegare alla domanda di intervento del Fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare presentata dall'erede del lavoratore - modello PPC/D Eredi (SR93).

Il sottoscritto

COGNOME NOME

In qualità di legale rappresentante

del Fondo di Previdenza Complementare: _____

Denominazione Società / Impresa di Assicurazione _____

Tipologia Fondo _____

Via _____

Città _____ Prov. _____ C. A. P. _____

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

dati del lavoratore deceduto:

COGNOME NOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

iscritto a questo fondo di previdenza complementare dal (gg/mm/aaaa) _____

- ☐ ha ottenuto il riscatto totale della posizione individuale in data (gg/mm/aaaa) _____
- ☐ non ha riscattato integralmente la sua posizione individuale
- ☐ l'omissione contributiva si e' verificata all'interno di questo fondo di previdenza complementare
- ☐ l'omissione riguarda contributi dovuti per l'erogazione di prestazioni pensionistiche complementari comprese quelle ai superstiti ed escluse le prestazioni per invalidita' ed inabilita' (art. 5, comma 1, d.lgs. 80/92).
- ☐ di non aver ricevuto acconti;
- ☐ di aver ricevuto acconti per € _____ ;



Dichiarazione del Legale Rappresentante del Fondo di Previdenza Complementare - 2/3

Inoltre dichiara che:

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>

Richiedente l'intervento del fondo di garanzia

- ☐ ha diritto, presso questo Fondo di previdenza complementare, alla prestazione ai superstiti prevista in caso di morte del titolare della prestazione pensionistica complementare;
- ☐ ha diritto, presso questo Fondo di previdenza complementare, alla prestazione ai superstiti prevista dall'art. 14, comma 3 del d.lgs. 252/80 in caso di morte dell'iscritto.

----- data -----

Timbro e firma



Dichiarazione del Legale Rappresentante del Fondo di Previdenza Complementare - 3/3

da compilare nel caso in cui il Fondo si sia insinuato nello stato passivo del datore di lavoro insolvente
o abbia agito in giudizio per il recupero dell'omissione contributiva

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Totale _____

☐ in conseguenza degli acconti ricevuti residuano da versare € _____.

_____ data _____

Timbro e firma