

Spett.le
Amundi SGR SpA
c/o Previnet SpA
Via E.Forlanini 24 31022 Preganziol TV
Form mail : www.corepension.it - sezione [CONTATTI](#)

MODULO DI TRASFERIMENTO AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE

Le avvertenze e le istruzioni costituiscono parte integrante del presente modulo.

La mancata compilazione dei campi contrassegnati dal simbolo *, comporta il rigetto della domanda in quanto obbligatori

1. DATI DELL'ADERENTE (allegare obbligatoriamente copia documento d'identità)	
Cognome*:	Nome*:
Codice Fiscale*:	
Residente in via	Comune:
CAP: :	Provincia (___) e-mail:
Numero Iscrizione (reperibile nella Comunicazione Periodica annuale inviata agli Aderenti)	
Recapito corrispondenza (se diverso dalla residenza):	
Via	Comune: CAP: Provincia (___)

Desidero ricevere la corrispondenza
<input type="checkbox"/> In formato elettronico via e-mail
<input type="checkbox"/> In formato cartaceo all'indirizzo di residenza/corrispondenza

2. FONDO PENSIONE/PIP DI DESTINAZIONE
Chiedo di trasferire la mia posizione previdenziale al Fondo Pensione indicato di seguito, a cui ho già aderito:
Denominazione*: N. Albo Covip*

3. DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE
Il sottoscritto dichiara (barrare una sola casella)*:
<input type="checkbox"/> di aver maturato nel fondo il periodo minimo di permanenza previsto dalla legge (2 anni);
<input type="checkbox"/> di aver perso i requisiti di partecipazione in data (gg/mm/aaaa);
<input type="checkbox"/> di aver maturato il diritto alla prestazione pensionistica e di volersi avvalere delle condizioni di erogazione della rendita praticate dal fondo pensione/Pip di destinazione;
<input type="checkbox"/> di aver ricevuto dal fondo pensione apposita comunicazione che mi informa del diritto al trasferimento per modifiche che complessivamente comportano un peggioramento rilevante delle condizioni economiche ovvero modifiche che interessano in modo sostanziale la caratterizzazione del Fondo
Il sottoscritto dichiara di aver compilato il presente modulo tenendo presente le avvertenze e istruzioni allegate.
Il sottoscritto autorizza, altresì, l'aggiornamento anagrafico della banca dati del fondo con i dati sopra riportati.
Data Compilazione: Firma:

AVVERTENZE

Il trasferimento viene effettuato solo se il fondo/Pip verso cui si vuole trasferire dà il proprio nulla osta.

Il trasferimento verrà eseguito entro 6 mesi dalla data di ricezione del modulo da parte del fondo da cui si intende trasferirsi. In caso di invio a mezzo raccomandata A/R, posta elettronica certificata o fax fa fede la data di ricezione riportata nell'avviso di ricevimento.

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO PERDITA DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE DEL LAVORATORE

COMPILAZIONE A CURA DEL DATORE DI LAVORO
IN CASO DI ADESIONE INDIVIDUALE CON APPORTO DI TFR / ADESIONE COLLETTIVA

LA MANCATA COMPILAZIONE IMPEDISCE IL PERFEZIONAMENTO DEL RISCATTO

1. DATI DELL'ADERENTE

COGNOME: _____ NOME: _____
CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA IN CASO DI ADESIONE INDIVIDUALE CON APPORTO DI TFR O ADESIONE COLLETTIVA

DENOMINAZIONE AZIENDA: _____
DATA CESSAZIONE ATTIVITÀ: _____ ALIQUOTA T.F.R. % (SOLO "VECCHI ISCRITTI"): _____
QUOTA ESENTE FINO AL 31/12/2000: € _____ ABBATT. BASE IMPONIBILE FINO AL 31/12/2000 (SOLO "NUOVI ISCRITTI"): € _____
IN CASO DI CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI (CIG O CIGS) SCEGLIERE UNA DELLE DUE OPZIONI:
 CIG O CIGS A ZERO ORE E DELLA DURATA NON INFERIORE AI 12 MESI. INDICARE DATA INIZIO _____ E DATA FINE _____ DEL PERIODO DI CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI.
 CIG O CIGS CHE PREVEDE LA SUCCESSIVA INTERRUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO. DATA DI CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO PREVISTA: _____

La presente dichiarazione viene rilasciata per attestare la perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo Pensione o la maturazione dei requisiti per ottenere l'erogazione del riscatto o del trasferimento della posizione previdenziale ai sensi dell'art. 14 del d. lgs. 252/2005 nelle ipotesi di cassa integrazione, promozione a dirigente, applicazione diverso contratto collettivo.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

1. DATI DELL'ADERENTE
Nella sezione iniziale devono essere riportati i dati anagrafici del lavoratore indicati nel modulo di richiesta prestazione/riscatto della posizione.

2. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

Denominazione azienda – Indicare la Ragione Sociale del datore di lavoro
Data cessazione – è la data in cui cessa l'attività lavorativa
Aliquota TFR – Da indicare esclusivamente per i "vecchi iscritti". Con aliquota TFR si intende l'aliquota IRPEF calcolata dal datore di lavoro al momento della cessazione del rapporto di lavoro per la tassazione del Trattamento di Fine Rapporto.
Quota esente su quanto maturato entro il 31/12/2000 è l'ammontare totale dei contributi versati al Fondo dall'aderente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. Qualora l'importo della quota esente fosse uguale ai contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000 indicare "100%". Qualora la quota esente non venga comunicata, il Fondo Pensione considererà esenti tutti i contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000.
Abbattimento base imponibile su quanto maturato entro il 31/12/2000 si determina nella misura di € 309,87 per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla percentuale di TFR versato. Da indicare esclusivamente per i "nuovi iscritti".
Si precisa inoltre che il Fondo non può riconoscere in sede di liquidazione la franchigia di € 309,87 (o la parte di essa spettante) per quelle quote di TFR con competenza relativa all'annualità 2000, ma il cui versamento effettivo al Fondo sia avvenuto successivamente al 01/01/2001; in questo caso l'abbattimento può essere integralmente riconosciuto dal datore di lavoro, ferma restando la necessità di segnalare l'eventuale quota residua che il Fondo può riconoscere. **NOTA BENE:** L'abbattimento/riduzione va ripartito, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il Fondo Pensione, e la coerenza tra l'abbattimento applicato dall'azienda con quello applicato dal Fondo (su segnalazione dell'azienda) è verificata dall'Agenzia delle Entrate sulle rispettive dichiarazioni 770. La comunicazione da parte del datore di lavoro del relativo importo è necessaria per consentire al Fondo Pensione il calcolo corretto della base imponibile: qualora non venga comunicato, il Fondo Pensione non riconoscerà alcun abbattimento all'aderente.

DATA COMPILAZIONE: _____ FIRMA DEL DATORE DI LAVORO: _____