



MODULO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA

DATI DELL'ISCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Data di nascita: ____/____/____
Comune di nascita: _____ Prov.: () Tel.: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: ()

- Essendo decorsi almeno due anni dalla data della propria iscrizione a Mediafond, **CHIEDE**, ai sensi dell'art. 12, comma 1 dello Statuto, di voler trasferire la propria posizione ad altra forma pensionistica;
- in seguito alla perdita dei requisiti di partecipazione a Mediafond (dimissioni/ licenziamento/passaggio a dirigente / altre cause non dipendenti dalla volontà delle parti) a partire dal ____/____/____ **CHIEDE** di voler trasferire la propria posizione maturata ad altra forma pensionistica cui accede in relazione alla nuova attività.

Forma Pensionistica complementare di destinazione:

Denominazione _____ Sede Legale – Via _____ N° _____
Città _____ Prov. _____ Partita I.V.A. _____ Codice Fiscale _____
Tel.: _____ e-mail: _____

Banca _____

IBAN _____
Cod.Paese Cod.Controllo CIN ABI CAB C/C

Data compilazione: ____/____/____ Firma dell'iscritto _____

Da compilarsi a cura del Datore di lavoro

Denominazione della Società _____ Sede Legale – Via _____ N° _____
Città _____ Prov. _____ Partita I.V.A. _____ Codice Fiscale _____

Sede di lavoro del dipendente aderente _____
Via _____ N° _____ Città _____ Prov. _____ Timbro e firma del Datore di Lavoro _____

Conferma quanto sopra dichiarato dal richiedente e comunica che

L'ultimo versamento dei contributi a Mediafond per il lavoratore è stato eseguito o sarà eseguito in data ____/____/____

con le seguenti percentuali di contribuzione:

Azienda _____% Lavoratore _____% T:F:R: _____%

Data di ricevimento del modulo _____referente azienda _____