

**CASSA DI PREVIDENZA - FONDO PENSIONE CNP**  
**RICHIESTA DI TRASFERIMENTO AD ALTRA FORMA PREVIDENZIALE**

*La documentazione completa consentirà alla Compagnia di effettuare la liquidazione in tempi più rapidi*

**DATI IDENTIFICATIVI DELL'ADERENTE**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Domiciliato presso \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
(se diverso da residenza)

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Corrispondenza presso \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
(se diverso da residenza)

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail/PEC \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

**Note:** L'indirizzo di corrispondenza verrà utilizzato dal Fondo per recapitare la corrispondenza (es. eventuale richiesta di documentazione mancante/integrativa, i conteggi di liquidazione della posizione previdenziale, il modulo CU).

## SCELTA DELL'ADERENTE

Il sottoscritto **RICHIEDE** il trasferimento della posizione individuale maturata, così come riportato nelle Condizioni Contrattuali, e **DICHIARA** di:

☐ di aver maturato nel Fondo il periodo minimo di permanenza previsto dalla legge (2 anni);

oppure anche **prima del periodo minimo di permanenza:**

☐ di aver iniziato la nuova attività lavorativa in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

☐ di aver maturato il diritto alla prestazione pensionistica e di volersi avvalere delle condizioni di erogazione della rendita praticata dal Fondo Pensione /Pip di destinazione

\_\_\_\_\_

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma dell'Aderente

Firma dell'Aderente

## FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE DI DESTINAZIONE

Denominazione del Fondo Cessionario \_\_\_\_\_

Indirizzo completo \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Numero d'iscrizione all'Albo Covip: \_\_\_\_\_

IBAN

Intestazione esatta del titolare del conto \_\_\_\_\_

**Il trasferimento sarà subordinato al ricevimento dell'autorizzazione a procedere ed alla conferma che lo stesso rientra nella categoria disciplinata dal D. Lgs n° 252/2005 da parte del Fondo Cessionario.**

E' possibile visionare il testo dell'informativa privacy costantemente aggiornata nella sezione Privacy del sito internet [www.gruppocnp.it](http://www.gruppocnp.it).

E' possibile visionare il testo dell'informativa privacy costantemente aggiornata nella sezione Privacy del sito internet [www.gruppocnp.it](http://www.gruppocnp.it).

## DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

- Data PRIMA iscrizione a forme pensionistiche complementari per cui non sia stato esercitato il diritto di riscatto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Il sottoscritto dichiara che l'importo dei contributi versati **lo scorso anno** è stato o sarà:
  - ☐ totalmente dedotto nella dichiarazione dei redditi
  - ☐ totalmente non dedotto nella dichiarazione dei redditi
  - ☐ non dedotto nella dichiarazione dei redditi per un importo pari a euro \* \_\_\_\_\_
- Il sottoscritto dichiara che l'importo dei contributi versati **nell'anno in corso**:
  - ☐ sarà portato in deduzione nella prossima dichiarazione dei redditi
  - ☐ non sarà portato in deduzione nella prossima dichiarazione dei redditi
  - ☐ non sarà portato in deduzione nella prossima dichiarazione dei redditi per un importo pari a euro \* \_\_\_\_\_

**\*ISTRUZIONI:** devono essere comunicati al Fondo Pensione anche gli importi dei contributi che superano la quota di deducibilità prevista dalla vigente normativa (euro 5.164,57 all'anno), che non sono stati o che non si è potuto portare in deduzione.

L'importo da indicare non deve comprendere la quota di contribuzione riferibile al TFR.

\_\_\_\_\_  
Luogo e Data

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Aderente

## DICHIARAZIONE DELL'ADERENTE E DOCUMENTI DA ALLEGARE

Il sottoscritto **DICHIARA:**

- di essere in possesso dei requisiti richiesti dalla Legge e dalle Condizioni Contrattuali
- di allegare alla presente domanda la copia del documento d'identità in corso di validità

Nel caso in cui al Fondo sia stata notificata una pratica di **prestito contro cessione di quote dello stipendio** si **IMPEGNA** ad informare la Società Finanziaria con la quale ha sottoscritto il contratto della richiesta di trasferimento ad altro Fondo.

Il sottoscritto è responsabile della correttezza e della veridicità dei dati e delle informazioni fornite ai sensi del presente modulo e si **IMPEGNA**, inoltre, a fornire al Fondo ogni ulteriore informazione che si dovesse rendere necessaria ai fini della liquidazione stessa.

\_\_\_\_\_  
Luogo e Data

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Aderente

**Nota:** nel caso in cui la domanda risulti incompleta o insufficiente il Fondo richiederà gli elementi integrativi e eseguirà il pagamento entro il termine massimo di 90 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso il termine di 90 giorni, e a partire dal termine stesso, sono dovuti gli interessi legali a favore dell'Aderente.