

(*) <u>dati obbligatori</u>

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE VERSO ALTRA FORMA DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE (mod. OUTFPA)

Da inv	iare a:																			
FOND	O PENSIONE	APERTO	UNIF	OL PI	REVID	ENZA I	PA													
UNIPO	L ASSICURA	ZIONI S	.p.A	Area	Life -	Previd	enza													
Via Sta	alingrado, 45	40128	Bolog	gna I	во															
Adesi	one n°																			
L'ader	ente																			
Cogno	me										Nome									
Codio	ce Fiscale			Ì																
Nato a	I									1			1		Prov_		 il	_ /_	/	'
Indiriz	zo di resider	ıza																		
Comur	ne															Pr	ov		CAP _	
Indiriz	zo														_ Tele	fono _				
Domic	ilio (se diver	so dall'i	indiriz	zo di	reside	enza)														
Comur	ne															P	rov		_CAP _	
Indiriz	zo														_ Tele	fono _				
	Ricevuto da che comple modo sosta cessato il ra	ssivame nziale la	ente co a carat di lavo	mpoi terizz	rtano azione	un peg e del Fo	giora ondo	mento Pensio	rileva ne	inte d	elle co	ondizi	oni e	conor	niche	ovverd	o modif	fiche cl	ne inte	
									СН	IED	E									
il trasfe	erimento del	la posizi	one in	dividu	ıale pr	esso il	Fondo	o Pensi	one /	Piano	Pensi	onistic	o Ind	ividua	ale (PIF	P), di se	eguito i	ndicato	o:	
Denon	ninazione (*)																			
Nume	ro di iscrizior	ne all'All	oo Cov	vip dei	i fond	i pensio	one _													
	zo																			
	ne															pro	v		CAP	
	ente																			
	no																			
	estore (*)																			

Mod. OUTFPA - ed. 10/2025 Pagina 1 di 4



RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE VERSO ALTRA FORMA DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE (mod. OUTFPA)

DICHIARA

(compilare un solo riquadro e barrare una sola casella)

Aderente a Fondo Pensione Aperto ad adesione individuale
di aver maturato nel fondo il periodo minimo di permanenza previsto dalla legge (2 anni);
oppure, anche prima del periodo minimo di permanenza:
di avere aderito a un fondo pensione negoziale, aperto ad adesione collettiva o preesistente in seguito all'avvio/cambiamento dell'attività lavorativa, avvenuto in data/; di aver maturato il diritto alla prestazione pensionistica e di volersi avvalere delle condizioni di erogazione della rendita praticate dal fondo pensione di destinazione; di aver ricevuto dal Fondo Pensione di provenienza apposita comunicazione che lo 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;
Aderente a Fondo Pensione Aperto ad adesione collettiva
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 perso i requisiti di partecipazione al gruppo di aderenti in via collettiva in data/;
di aver maturato il diritto alla prestazione pensionistica e di volersi avvalere delle condizioni di erogazione della rendita praticate dal
fondo pensione di destinazione; di aver ricevuto dal Fondo Pensione o PIP di provenienza apposita comunicazione che lo 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 autorizza l'aggiornamento anagrafico della banca dati del Fondo Pensione con i dati sopra riportati.
Allega la seguente documentazione – fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità:
fotocopia del documento di identità e del codice fiscale dell'Aderente;
■ Dati dell'Attività Lavorativa (Allegato A);
 Dichiarazione dei contributi versati e non dedotti (anche qualora i contributi versati e non dedotti siano pari a zero).
 N.B.: - si informa che la mancata o parziale consegna della documentazione indicata comporterà la conseguente richiesta da parte della Compagnia della documentazione mancante necessaria ai fini della verifica dell'obbligo di pagamento della prestazione richiesta; - qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzi situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale, la Compagnia richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie; . qualora l'aderente avesse precedentemente destinato al fondo cedente il TFR (o altri contributi a cura dell'azienda) lo invitiamo ad informare tempestivamente il datore di lavoro, affinché interrompa i versamenti e li indirizzi al nuovo fondo scelto.
Luogo e data Firma dell'Aderente (ovvero del Legale Rappresentante)

Unipol Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@pec.unipol.it - tel. +39 051 5076111 - fax +39 051 5076666 - Capitale sociale i.v. Euro 3.365.292.408.03
Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00284160371 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 160304 - Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046 - unipol.com - unipol.it

Pagina 2 di 4 Mod. OUTFPA - ed. 10/2025



RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE VERSO ALTRA FORMA DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE (mod. OUTFPA)

DICHIARAZIONE CONTRIBUTI VERSATI E NON DEDOTTI

ognome		Nome														
<u> </u>																
Codice Fiscale															1	1
chiara di non ave	er usufrui	to dell	a ded	uzion	e fisca	ale rel	ativan	nente	ai seg	uenti	impor	ti:				
		Ann	o					imp	orto :	€						;
		Ann	o					imp	orto	€						;
		Ann	o					imp	orto :	€						;
		Ann	o					imp	orto	€						;
		Ann	o					imp	orto	€						;
		Ann	o					imp	orto	€						;
		Ann	o					imp	orto	€						;
		Ann	o					imp	orto	€						;
		Ann	o					imp	orto	€						;
		Ann	o					imp	orto :	€						;
		Ann	o					imp	orto	€						;
		Ann	o					imp	orto	€						;
		Ann	o					imp	orto	€						;
		Ann	o					imp	orto	€						;
		Ann	o					imp	orto :	€						;
		Ann	o					imp	orto :	€						;
		Ann	o					imp	orto :	€						;
		Ann	o					imp	orto :	€						;
		Ann	o					imp	orto	€						;
		Ann	o					imp	orto	€						;
		Ann	o					imp	orto :	€						;
		Ann	o					imp	orto :	€						;
		Ann	o					imp	orto :	€						_;
		Ann	o					imp	orto :	€						_;
		Ann	o					imp	orto :	€						;
		Ann	0					imp	orto :	€_						;

ATTENZIONE

- 1. la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta anche se i contributi versati e non dedotti sono pari a zero;
- 2. per i lavoratori dipendenti, l'importo dei contributi non dedotti da indicare in questa dichiarazione non deve comprendere la contribuzione riferibile al TFR;
- 3. nella dichiarazione possono essere inseriti anche i contributi relativi a posizioni maturate presso altre forme di previdenza e trasferite sul presente Fondo Pensione.

Mod. OUTFPA - ed. 10/2025 Pagina 3 di 4



RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE VERSO ALTRA FORMA DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE (mod. OUTFPA)

Allegato A

DATI [DELL'ATTI	VITA'	LAVO	RATI	VA (co	ompil	azion	e a cu	ıra de	l date	ore di	lavoi	ro)			
Denominazione azienda																
Codice Fiscale									[
																_
Dipendente										1				1		
Codice Fiscale																
Età pensionabile prevista dal re	gime obbl	igator	io di a	appar	tenen	ıza de	ll'Ade	rente	per l	a per	sione	di ve	cchia	ia:		
Data cessazione attività/_	/		_													
Vecchi Iscritti (dati necessari	fino al 31,	/12/20	000)													
Aliquota fiscale per la tassazion 17 del D.P.R 917/86	one del T	FR, de	termi	inata	ai sen	si deg	gli arti	t. 16 e	e _				%	ı		
Eventuali importi versati dall'	Aderente	eccec	lenti i	l 4% c	della r	etribu	uzione	9					€			
Nuovi Iscritti (dati necessari fi	no al 31/1	2/200	00)													
Eventuali importi versati dall'Aderente eccedenti il 4% della retribuzione€																
Abbattimento base imponibil	e spettan	te al F	ondo	pensi	ione				_				%			
Ultimo contributo versato al Fo	ndo pens	ione														
Data/		ı	mpoi	rto				€								
IMPORTO ULTIMA CONTRIBUZION relativa data. Eventuali contributi dell'attività lavorativa non potranno	versati al	Fondo	pensi	ione s	uccess	ivame	nte al									
Luogo e data						Timb	ro e fi	irma d	del da	itore	di lav	oro				
Compilazione a cura dell'Aderente lavoratore autonomo																
Ultimo contributo versato al Fo	ndo pens	ione														
Data/								In	nport	ю				€		
Contributi versati nell'ultimo a	nno e nor	n dedo	tti e	non a	ncora	com	unicat	ti:				€				
Luogo e data						Firma	a									

Mod. OUTFPA - ed. 10/2025 Pagina 4 di 4