NUMERO POSIZIONE

BANCA

FILIALE N. DI

Spett.le
AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.
c/o Liquidazioni Previdenza
Via Aldo Fabrizi, 9
00128 Roma

Richiesta di riscatto totale per invalidità

DATI PERSONALI

Cognome:

Nome:

Luogo e data di nascita: G G M M A A A A

Codice fiscale: x x x x x x x x x x x x x x x x

Iscritto/a al Fondo Pensione AXA MPS Previdenza dal G G M M A A A A (Data iscrizione)

richiede il riscatto totale della posizione individuale maturata così come riportato nella sezione del Regolamento del Fondo inerente i riscatti.

Data di inizio invalidità G G M M A A A A

A TAL FINE DICHIARA

- di aver comunicato al Fondo Pensione le eventuali contribuzioni non dedotte in sede di dichiarazione dei redditi;
- di allegare alla presente domanda la seguente documentazione a supporto, cosi come riportato nel Regolamento e sul documento relativo alle anticipazioni:
  - **certificato ASL attestante l'invalidità superiore ai 2/3 o altra documentazione equivalente.**

Il sottoscritto è responsabile della correttezza e della veridicità dei dati e delle informazioni fornite ai sensi del presente modulo e si impegna a fornire alla Compagnia AXA MPS Vita S.p.A. ogni ulteriore informazione che si dovesse rendere necessaria ai fini del riscatto stesso.

IBAN per l'accredito del netto erogato

1 2 1 2 1 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

(ABI) (CAB) (Numero conto corrente)

DATA G G M M A A A A

LUOGO

FIRMA DEL RICHIEDENTE

MOD. AXV - PR - 002 - 10/2014