









**ridefiniamo** /  
la protezione in banca

Spett.le  
**AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.**  
Via Aldo Fabrizi, 9  
00128 Roma

p.c.  
Spett.le (Fondo di destinazione)

  

## RICHIESTA DI TRASFERIMENTO AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE

Luogo  Data

Il sottoscritto  Cognome e Nome Codice fiscale

Luogo e data di nascita

Via

Tel.  Fax  E-mail

iscritto alla seguente forma pensionistica:  Fondo Pensione Previdenza per Te  Piano Individuale Pensionistico

Numero adesione/contratto

### Premesso che

- ha maturato la permanenza minima nel Fondo Pensione / Piano Individuale Pensionistico
- ha perso i requisiti di partecipazione al Fondo Pensione (solo adesioni Collettive)

### Richiede

il trasferimento della propria posizione individuale ad altra forma pensionistica complementare, che sarà da Voi effettuato previa autorizzazione del fondo di destinazione.

### DATI DEL FONDO DI DESTINAZIONE

- Denominazione della forma pensionistica complementare di destinazione
- Istitutore della forma pensionistica complementare di destinazione
- Numero adesione della forma pensionistica complementare di destinazione
- Numero di iscrizione Albo COVIP

### ALTRI DATI

- Data dell'ultimo versamento dell'Aderente
- Riferimento Ufficio amministrativo della forma pensionistica di destinazione
- Recapito
- Telefono  Indirizzo e-mail

Firma dell'Aderente (se Fondo Pensione Aperto)

Agenzia incaricata  
(timbro)

Firma del Contraente (se Piano Individuale Pensionistico)

Firma dell'Assicurato (se diverso dal Contraente)