

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 prestazione pensionistica

DATI PERSONALI

Cognome:
Nome:
Luogo e data di nascita: GG MM AA AA
Codice fiscale: X X 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 GG MM AA AA (Data iscrizione)

richiede la prestazione pensionistica così come riportato nella sezione del Regolamento del Fondo inerente le prestazioni pensionistiche; la liquidazione della prestazione pensionistica complementare dovrà essere effettuata con le seguenti modalità:

100% capitale*
 capitale 50% - rendita 50%
 capitale % - rendita %
Per prestazioni in capitale inferiori al 50%

tipo rendita scelta (ordinaria, reversibile, certa a 5 anni, certa a 10 anni)**
 periodicità di erogazione della rendita (mensile, bimestrale, trimestrale, quadrimestrale, semestrale, annuale)**
 dati del beneficiario della eventuale rendita reversibile***:

- Nome reversionario
- Cognome reversionario
- Sesso reversionario M F
- Codice fiscale reversionario X X X X X X X X X X X X X X X X X X
- Data nascita reversionario GG MM AA AA

IBAN per l'accredito:
 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)

* Ammesso solo se la rendita derivante dalla conversione del 70% del montante sia inferiore al 50% dell'assegno sociale.
** Solo per % erogazione in rendita maggiore di zero.
*** Solo in caso di opzione per la rendita reversibile.

A TAL FINE DICHIARA

- di aver maturato i requisiti di accesso alla prestazione pensionistica nel regime obbligatorio di appartenenza;
- di aver maturato almeno 5 anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari;
- 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, così come riportato nel Regolamento:
 - Certificato di pensione o altra idonea documentazione attestante il raggiungimento dei requisiti pensionistici nel regime obbligatorio di appartenenza.**

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 GG MM AA AA

LUOGO

FIRMA DEL RICHIEDENTE