DOMANDA DI TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE PREVIDENZIALE

Ai sensi degli art. 10 dello Statuto e 13 del Regolamento

(Compilare la presente in ogni sua parte e rispedire a mezzo **RACCOMANDATA A.R.**

a: **FONDO PENSIONE AGENTI - VIA DEL TRITONE 46 - 00187 ROMA**

o a mezzo mail-PEC a fondopensioneagenti@legalmail.it)

Il/La sottoscritto/a_____

Nato/a il __/___/___/ a _____

Codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Residente in via/piazza _____ n. _____

C.A.P. |__|__|__|__|__| Comune _____ Prov._____

Telefono _____ E-mail _____

CHIEDE

il trasferimento della propria posizione previdenziale al fondo pensione sotto indicato, al quale ha già aderito:

Denominazione fondo: _____

Numero iscrizione Albo COVIP _____

Con sede in via/piazza _____ n. _____

C.A.P. |__|__|__|__|__| Comune _____ Prov._____

Telefono _____ E-mail _____

a tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara *:
**(barrare la casella relativa alla condizione che ricorre)*

- ☐ di essere cessato/a dall'attività agenziale e, conseguentemente, di non essere più iscritto/a come operativo alla sez. A del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi tenuto dall'IVASS.
- ☐ di aver maturato almeno 2 anni di permanenza presso il Fondo Pensione Agenti (FPA)

Dichiara inoltre di essere consapevole che il trasferimento richiesto comporta l'annullamento dell'iscrizione al Fondo Pensione Agenti (FPA).

Data_____ Firma _____

AVVERTENZE

- **allegare** copia di un documento di identità valido
- il trasferimento verrà effettuato entro 120 giorni dal nulla osta rilasciato dal fondo pensione presso cui la posizione verrà trasferita