

SPETT.LE IMPRESA

**e p.c. SPETT.LE FONDO PENSIONE PER GLI AGENTI
 PROFESSIONISTI DI ASSICURAZIONE**

TRASFERIMENTO DELEGA

Si avverte che **qualora non venga conferita la delega al pagamento della contribuzione, la iscrizione al Fondo** – a norma dell’art. 32, V comma, dello Statuto – è **sospesa**, con perdita per l’agente del diritto a qualsiasi prestazione, ferma restando, tuttavia, la facoltà di regolarizzazione della posizione contributiva a norma dell’art. 5, V comma, del Regolamento.

Il/la sottoscritto/a:

Cognome		Nome		Codice fiscale		
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Data di nascita		Comune di nascita		Prov.	Nazione	
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	
Indirizzo abitazione						
Via/Piazza		N. Civico	Località	CAP	Comune	Prov. Nazione
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>				
Indirizzo sede Agenzia						
Via/Piazza		N. Civico	Località	CAP	Comune	Prov. Nazione
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>				
Riferimenti						
Indirizzo e-mail			Indirizzo PEC		Telefono	
<input style="width: 90%;" type="text"/>			<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>	

attualmente iscritto al Fondo Pensione per gli Agenti Professionisti di Assicurazione in relazione ai rapporti di agenzia in corso con le seguenti Imprese:

	Denominazione Impresa	Data conferimento
1	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
2	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
3	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
4	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

DELEGA

l’Impresa _____ a versare al Fondo Pensione, con le modalità ed alle scadenze previste dal Regolamento in vigore, la contribuzione di cui agli articoli 6 e 7 dello Statuto, comprensiva della quota a proprio carico, e precisamente:

- a) contributo per spese di gestione;
- b) contributo ordinario;
- c) contributo integrativo; relativamente alla Gestione Integrativa il\la sottoscritto\la dichiara di¹
 - aver già aderito
 - voler aderire dall’esercizio in corso
 - non voler aderire

Si impegna ad effettuare il rimborso della quota di contribuzione di competenza a codesta spettabile Impresa secondo le modalità impartite dalla stessa.

In ipotesi di trasferimento di delega per cessazione del mandato, comunica che il rapporto di agenzia con l’Impresa _____, che era stata a suo tempo delegata a versare la contribuzione, di cui sopra, è cessato in data _____.

Diversamente, precisa di aver comunicato all’ Impresa _____ la revoca della delega precedentemente conferita.

La presente delega è rilasciata a tempo indeterminato per tutta la durata del rapporto agenziale intercorrente con l’Impresa, salvo revoca.

Data: _____

L’Agente: _____

1* Barrare l’ipotesi che ricorre.