

# **FPA SOLUZIONE PREVIDENTE**

#### MODULO DISATTIVAZIONE PRESTAZIONI ACCESSORIE

1. DATI DELL'ADERENTE	
Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita:
Comune di nascita	Prov Tel
Indirizzo di residenza	CAP E-mail:
Comune di residenza	Prov.
2. RICHIESTA DISATTIVAZIONE	
	L'Aderente CHIEDE che
la prestazione accessoria	(indicare la tipologia di copertura attiva tra TCM+ITP o TCM+LTC)
attiva con riferimento all'adesione n.	(indicare il n. di adesione al FPA Soluzione Previdente)
Venga disa	attivata a partire dalla prima data utile.
Si ricorda a tale proposito che è sempre p tal senso, se la richiesta di disdetta pervien	ossibile dare disdetta al rinnovo automatico della copertura accessoria. In e al Fondo:
entro e non oltre il 15 novembre dell'an	no in corso, la disdetta è valida per il rinnovo immediatamente successivo;
<ul> <li>dal 16 novembre al 31 dicembre de successivo.</li> </ul>	ll'anno in corso, la disdetta è valida per il rinnovo del secondo anno
In caso di disdetta effettuata nel corso del copertura resterà in ogni caso attiva fino al	l'anno o in caso di uscita dal Fondo Pensione Aperto nel corso dell'anno la 31 dicembre dello stesso anno.
Regolamento disponibile presso gli Intermo Previdenza Complementare – FPA Soluzionarea riservata cliccando su Accesso Riserva	funzionamento delle prestazioni accessorie si rimanda all'Allegato 3 del ediari collocatori o sul sito della Compagnia all'indirizzo www.helvetia.it – e Previdente. Dallo stesso indirizzo è possibile anche collegarsi alla propria ato Aderenti FPA Soluzione Previdente all'interno della quale sarà possibile stato dell'adesione e della richiesta di disdetta della prestazione accessoria.
NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente m	nodulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.
DATA E LUOGO	FIRMA ADERENTE

PAGINA 1 DI 1

**COPIA PER ADERENTE** 



## **FPA SOLUZIONE PREVIDENTE**

## MODULO DISATTIVAZIONE PRESTAZIONI ACCESSORIE

1. DATI DELL'A	DERENTE			
Cognome:			Nome:	
Codice Fiscale:			Sesso: ☐ M ☐ F Data di	nascita:
Comune di nascita				
Indirizzo di residenza				
Comune di residenza			Prov.	
2. RICHIESTA D	ISATTIVAZIONE			
		L'Aderente CHIEDE	che	
la prestazione acc	essoria	(indicare la tipologia di coper	tura attiva tra TCM+ITP o TCM-	-LTC)
attiva con riferime	ento all'adesione n.	(indicare il n. di adesione al	FPA Soluzione Previdente)	
	Venga disa	attivata a partire dalla	prima data utile.	
	posito che è sempre p sta di disdetta pervien		rinnovo automatico dell	a copertura accessoria. In
entro e non oltre	il 15 novembre dell'ar	nno in corso, la disdetta	è valida per il rinnovo im	mediatamente successivo;
<ul> <li>dal 16 novembr successivo.</li> </ul>	e al 31 dicembre de	ell'anno in corso, la dis	sdetta è valida per il r	innovo del secondo anno
		ll'anno o in caso di uscit 31 dicembre dello stess		perto nel corso dell'anno la
Regolamento disponi Previdenza Complem area riservata cliccar	bile presso gli Interm entare – FPA Soluzion Ido su Accesso Riserv	lediari collocatori o sul s le Previdente. Dallo stes ato Aderenti FPA Soluzio	sito della Compagnia all' so indirizzo è possibile a one Previdente all'interno	rimanda all'Allegato 3 del indirizzo www.helvetia.it – nche collegarsi alla propria o della quale sarà possibile lla prestazione accessoria.
NOTA BENE: L'incompleta	compilazione del presente n	nodulo o la mancata sottoscrizio	one comportano l'immediato rige	etto della domanda presentata.
Data e Lu	0G0		<del></del> 1	FIRMA ADERENTE

**COPIA PER INTERMEDIARIO** Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia – Capitale Sociale € 47.594.000 i.v. – Società con Socio Unico N° iscrizione Reg. Imprese di Milano, C.F. e P.I. 03215010962 – R.E.A. n° 1882793

Imp. Autor. all'eser. delle ass. sulla Vita con Provv. ISVAP n° 1979 del 4/12/2001



# **FPA SOLUZIONE PREVIDENTE**

#### MODULO DISATTIVAZIONE PRESTAZIONI ACCESSORIE

1. DATI DELL'ADERENTE				
Cognome:	Nome:			
Codice Fiscale:	Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita:			
Comune di nascita	Prov. Tel.			
Indirizzo di residenza	CAP E-mail:			
Comune di residenza	Prov.			
2. RICHIESTA DISATTIVAZIONE				
L'Aderente CHIEDE che				
la prestazione accessoria	(indicare la tipologia di copertura attiva tra TCM+ITP o TCM+LTC)			
attiva con riferimento all'adesione n.	(indicare il n. di adesione al FPA Soluzione Previdente)			
Venga disattivata a partire dalla prima data utile.				
Si ricorda a tale proposito che è sempre p tal senso, se la richiesta di disdetta pervien	ossibile dare disdetta al rinnovo automatico della copertura accessoria. In e al Fondo:			
• entro e non oltre il 15 novembre dell'anno in corso, la disdetta è valida per il rinnovo immediatamente successivo;				
<ul> <li>dal 16 novembre al 31 dicembre dell'anno in corso, la disdetta è valida per il rinnovo del secondo anno successivo.</li> </ul>				
In caso di disdetta effettuata nel corso dell'anno o in caso di uscita dal Fondo Pensione Aperto nel corso dell'anno la copertura resterà in ogni caso attiva fino al 31 dicembre dello stesso anno.				
Regolamento disponibile presso gli Interme Previdenza Complementare – FPA Soluzionarea riservata cliccando su Accesso Riserva	funzionamento delle prestazioni accessorie si rimanda all'Allegato 3 del ediari collocatori o sul sito della Compagnia all'indirizzo www.helvetia.it – e Previdente. Dallo stesso indirizzo è possibile anche collegarsi alla propria ato Aderenti FPA Soluzione Previdente all'interno della quale sarà possibile stato dell'adesione e della richiesta di disdetta della prestazione accessoria.			
NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente m	odulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.			
DATA E LUOGO	FIRMA ADERENTE			

PAGINA 1 DI

COPIA PER COMPAGNIA