helvetia
La tua Assicurazione svizzera

FPA SOLUZIONE PREVIDENTE

MODULO VARIAZIONE POSIZIONE LAVORATIVA

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita:

Comune di nascita _____ Prov. _____ Tel. _____

Indirizzo di residenza _____ CAP _____ E e-mail: _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

2. COMUNICAZIONE VARIAZIONE

Il sottoscritto, aderente al FPA Soluzione Previdente, in data _____/_____/_____ **COMUNICA** che: *(completare una sola opzione)*

☐ a decorrere dalla data del _____/_____/_____

ha cessato l'attività lavorativa presso la Società _____ e di essere alle dipendenze qualifica di nuovo assunto a partire dalla data del _____/_____/_____ presso l'azienda seguente:

Denominazione sociale: _____

P.Iva/Cod.Fisc.: _____ **CCNL:** _____

Indirizzo: _____ **Provincia:** _____

Comune: _____ **CAP:** _____

Telefono: _____ **FAX:** _____

E-mail: _____ **Referente:** _____

☐ a decorrere dalla data del _____/_____/_____ (opzione valida per aderenti che lavorano part-time per più aziende contemporaneamente pertanto percepiscono più TFR)

ha richiesto il trasferimento del proprio TFR ed eventuali contributi al Fondo Pensione Aperto **anche** alla seguente Società:

Denominazione sociale: _____

P.Iva/Cod.Fisc.: _____ **CCNL:** _____

Indirizzo: _____ **Provincia:** _____

Comune: _____ **CAP:** _____

Telefono: _____ **FAX:** _____

E-mail: _____ **Referente:** _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. È consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data e Luogo: _____

Firma Aderente: _____

Timbro e Firma nuovo datore di lavoro: _____

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

Helvetia Vita S.p.A.
Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel. 02 5351 1 – Fax 02 537289
PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it – www.helvetia.it

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
(G.U. n° 288 del 12/12/2001)
Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n° 1.00142 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n° d'ordine 031

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previnet S.p.A. che ne detiene tutti i diritti di produzione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto possono pertanto essere ceduti , copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previnet S.p.A.