

**MODELLO RICHIESTA TRASFERIMENTO  
IN USCITA**

---

**DATI ADERENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data Nascita ( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Comune Residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
dipendente della società \_\_\_\_\_ contatto \_\_\_\_\_

**PRESTAZIONE PRESCELTA**

- TRASFERIMENTO** per cessazione dei requisiti di partecipazione, a seguito della cessazione dell'attività lavorativa con la società \_\_\_\_\_ avvenuta in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ;
- TRASFERIMENTO VOLONTARIO** senza che sia cessata l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo Pensione ed in presenza di almeno due anni di partecipazione al Fondo Pensione.

Il sottoscritto dichiara sotto la propria ed esclusiva responsabilità di:

- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione di trasferimento della posizione individuale;
- di essere a conoscenza che la portabilità della eventuale contribuzione di fonte datoriale è consentita nei limiti e secondo le modalità stabilite dai contratti o accordi collettivi, anche aziendali.

**DATI PER IL TRASFERIMENTO (compilazione a cura del fondo cessionario)****DATI FONDO CESSIONARIO**

Denominazione: \_\_\_\_\_

Indirizzo Completo: \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nr. Iscrizione Albo \_\_\_\_\_

Legale Rappresentante \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Documento identità tipo \_\_\_\_\_ estremi \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

persona da contattare \_\_\_\_\_;

**MODELLO RICHIESTA TRASFERIMENTO  
IN USCITA**

---

**DATI GESTORE**

Denominazione: \_\_\_\_\_

Indirizzo Completo: \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**COORDINATE PER ACCREDITO**

Accredito bancario:

IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a: \_\_\_\_\_

Banca : \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma Fondo Cessionario**

**DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE**

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. E' 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 .....

Firma richiedente .....

**Spazio riservato al Fondo Pensione**

Copia del presente modello dovrà essere trasmesso a Funzione Gestione Fondi c/o Sara Assicurazioni Spa Via Po, 20 - Roma 00198 o via mail [fondsara@sara.it](mailto:fondsara@sara.it)

Ricevuto il \_\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_