



## MODULO RICHIESTA TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA

### 1. DATI DELL'ADERENTE

(compilazione a cura dell'aderente)

Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: ____ / ____ / ____
Comune di nascita: _____	Prov: (    )      Tel.: _____
Indirizzo di residenza: _____	CAP: _____ e-mail: _____
Comune di residenza: _____	Provincia: (    )
Denominazione Azienda e codice personale aziendale dell'aderente: _____	

### 2. OPZIONE PRESCELTA per il trasferimento della posizione individuale

(compilazione a cura dell'aderente)

**A)  TRASFERIMENTO PER CESSAZIONE** a seguito della cessazione dell'attività lavorativa presso una società socia del Fondo

**B)  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

Forma Pensionistica complementare di destinazione: \_\_\_\_\_

Denominazione e nr iscrizione Albo COVIP: \_\_\_\_\_

Indirizzo completo: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

### 3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

(compilazione a cura dell'aderente)

Data 1<sup>a</sup> iscrizione a forme pensionistiche complementari: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Contributi non dedotti non ancora comunicati : € \_\_\_\_\_

Data cessazione attività: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Mese solare di versamento al fondo dell'ultimo contributo dovuto (da verificare con il datore di lavoro) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 4. COORDINATE BANCARIE (se disponibili) del Fondo Cessionario

(compilazione a cura dell'aderente)

Codice **IBAN** :

(compilare INTEGRALMENTE )      Cod.Paese      Cod.Controllo      CIN      ABI (5 caratteri numerici)      CAB (5 caratteri numerici)      Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)

Banca e Filiale: \_\_\_\_\_ Intestato a: \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria 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.

*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.*

*Prende atto che il Fondo provvede agli adempimenti conseguenti all'esercizio della facoltà di trasferimento con tempestività e, comunque, entro il termine massimo di 180 giorni dal completamento della richiesta corredata di tutti i dati necessari ivi compreso i dati forniti a cura del datore di lavoro.*

Data Compilazione: ..... / ..... / .....

Firma: \_\_\_\_\_

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

**IL MODULO VA INVIATA VIA E-MAIL A: [dipendenti@fondopensioneibm.it](mailto:dipendenti@fondopensioneibm.it)**

**Oppure tramite posta interna IBM a: MI SEG 100 - ovvero per posta esterna a: Fondo Pensione per i Dipendenti e Dirigenti IBM - Via Roma 15 - 20090 Segrate MI**

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

### 1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'aderente)

Nella sezione iniziale devono essere riportati i dati anagrafici dell'aderente.

**Denominazione azienda e codice aziendale** – Indicare il datore di lavoro ed il codice personale aziendale dell'aderente.

### 2. OPZIONE PRESCELTA (compilazione a cura dell'aderente)

Le due opzioni di trasferimento sono alternative tra loro. Qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato.

**A) TRASFERIMENTO PER CESSAZIONE** : qualora intervenga la cessazione dell'attività lavorativa presso una società socia del Fondo è possibile trasferire la propria posizione individuale ad altra forma pensionistica complementare alla quale il lavoratore acceda in relazione alla nuova attività.

**B) TRASFERIMENTO VOLONTARIO:** In costanza dei requisiti di partecipazione al Fondo, l'aderente può chiedere il trasferimento della posizione solo dopo il decorso dei limiti temporali previsti dalla normativa (è quindi possibile cambiare volontariamente Fondo Pensione solo dopo 2 anni di partecipazione).

Si ricorda che le operazioni di trasferimento delle posizioni pensionistiche sono esenti da ogni onere fiscale, a condizione che avvengano a favore di forme pensionistiche disciplinate dal Decreto Legislativo n.ro 252/2005.

### 3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI (compilazione a cura dell'aderente)

**Data Iscrizione** – Va indicata la data in cui l'aderente si è iscritto per la prima volta ad una forma pensionistica complementare.

**Contributi non dedotti** - Entro il 31/12 dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla normativa. Qualora l'aderente maturi il diritto alla prestazione prima del 31 dicembre, la comunicazione deve essere resa contestualmente alla presente richiesta, indicando l'ammontare dei contributi non dedotti versati al Fondo Pensione nell'ultimo anno e/o frazione d'anno che non siano già stati comunicati in precedenza (p.e. nella richiesta liquidazione di giugno Anno X vanno indicati, se non ancora comunicati, i contributi non dedotti dell'Anno X-1 e, se del caso, dei primi 6 mesi dell'Anno X).

**Data cessazione** – è la data in cui cessa l'attività lavorativa richiesta per la partecipazione al Fondo.

**Mese ultimo contributo** - E' indispensabile segnalare sempre il mese solare dell'ultimo versamento dovuto al Fondo Pensione.

### 4. COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente)

Se disponibili, vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto presso cui deve essere effettuato il bonifico di pagamento. E' indispensabile riportare tutti i codici dell'**IBAN** come riportati nell'estratto conto che periodicamente si riceve dalla propria banca.

Esempio CODIFICA IBAN: PPKKCAAAAACCCCNNNNNNNNNNN, dove: PP = codice paese (IT / SM => Italia o San Marino), KK = cin IBAN (due caratteri numerici), C = cin BBAN (1 carattere alfabetico), AAAAA = codice ABI (5 caratteri numerici), CCCCC = codice CAB (5 caratteri numerici), NNNNNNNNNNN = numero di conto corrente (12 caratteri alfanumerici contigui, non sono ammessi né spazi né caratteri speciali quali . - / ecc...)