



Vittoria Assicurazioni

SOCIETÀ PER AZIONI - CAP. SOC. EURO 67.378.924 INT. VERS. - P.IVA, COD.FISC. E REG. IMPRESE MILANO N. 01329510158 - SEDE E DIREZIONE: ITALIA - 20149 MILANO - VIA IGNAZIO GARDELLA 2 - ISCRITTA ALL'ALBO IMPRESE DI ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE SEZ. I N. 1.00014 - CAPOGRUPPO DEL GRUPPO VITTORIA ASSICURAZIONI ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI N. 008

linea
PREVIDENZA COMPLEMENTARE

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO VITTORIA

**RICHIESTA DI RISCATTO -
ANTICIPAZIONE - TRASFERIMENTO**

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO VITTORIA

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO - FONDO PENSIONE

(ART.13 del Decreto Legislativo 5 dicembre 2005, N.252)

Iscritto all'albo tenuto dalla Covip con il n.° 5.081

IL SOTTOSCRITTO

N. POSIZIONE _____ AGENZIA/CANALE _____ CODICE AGENZIA/CANALE _____

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

RESIDENZA - Indirizzo _____ Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Recapito telefonico: abitazione/cellulare _____

COD. SOTTOGR. _____ COD. GRUPPO _____ DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO _____ N. DOCUMENTO _____ RILASCIATO DA _____ IN DATA _____

RICHIEDE, fermo restando le norme previste dal Regolamento, dalla Nota Informativa e dalle Condizioni Generali di Contratto:

DI RISCATTARE LA POSIZIONE INDIVIDUALE, AI SENSI DELL'ART. 12 DEL REGOLAMENTO, MATURATA PER:

RISCATTO VOLONTARIO PENSIONAMENTO A FAR DATA DAL _____
(indicare l'ultimo giorno di lavoro)

DI CONSEGUIRE UN'ANTICIPAZIONE DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE MATURATA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO (vedere Documento sulle Anticipazioni);

DI TRASFERIRE, AI SENSI DEGLI ARTICOLI 12 O 21 DEL REGOLAMENTO, LA PROPRIA POSIZIONE INDIVIDUALE ALLA SEGUENTE FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE:

DENOMINAZIONE _____ ISTITUITA DA _____

INDIRIZZO _____

IN CASO DI RISCATTO O ANTICIPAZIONE, SI RICHIEDE INOLTRE CHE IL PAGAMENTO DELLA SOMMA LIQUIDABILE SIA ESEGUITO A MEZZO BONIFICO BANCARIO UTILIZZANDO LE SEGUENTI COORDINATE:

ISTITUTO DI CREDITO : _____ AGENZIA/FIL.: _____

C/C INTESTATO A : _____

CODICE FISCALE INTESTATARIO C/C : _____

paese	check	cin	abi	cab	c/c
IBAN					

Data _____ Firma dell'Aderente _____

PER RICEVUTA

Data _____ Timbro e Firma del Canale Collocatore _____

Ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30/06/2003 i dati personali conferiti con la presente richiesta verranno trattati da Vittoria Assicurazioni S.p.A. al solo scopo di provvedere alla liquidazione della prestazioni e per ottemperare agli obblighi di legge vigenti.

