Vittoria Assicurazioni

SOCIETÀ PER AZIONI - CAP SOC. EURO 67.379.924 INT. VERS. - P. IVA 01329510158 - COD. FISCALE E REG. IMPRESE DI MILANO N. 01329510158
SEDE E DIREZIONE: ITALIA - 20149 MILANO - VIALE RENATO SERRA, 46 - ISCRITTA ALL'ALBO IMPRESE DI ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE
SEZIONE 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.