

MODULO DI VERSAMENTO SUCCESSIVO**GENERALITA' DELL'ADERENTE**

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____ NOME _____ CODICE FISCALE _____

NUMERO ADESIONE _____ DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROVINCIA _____ CITTADINANZA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA: VIA E N. CIVICO _____ C.A.P. _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

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

INDIRIZZO DI DOMICILIO (SE DIVERSO) _____ C.A.P. _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

DICHIARA DI VERSARE AL FONDO PENSIONE APERTO VITTORIA FORMULA LAVORO L'IMPORTO DI:

€

(IMPORTO IN CIFRE)

€

(IMPORTO IN LETTERE)

ALTRE DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

1. L'ADERENTE E' RESPONSABILE DELLA COMPLETEZZA E VERIDICITA' DELLE INFORMAZIONI FORNITE, IVI COMPRESA LA SUSSISTENZA DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE EVENTUALMENTE RICHIESTI;
2. VITTORIA ASSICURAZIONI E' ESONERATA DALL'OBBLIGO DI RECUPERO COATTIVO DELLE CONTRIBUTZIONI DOVUTE SIA DALL'ADERENTE CHE DAL DATORE DI LAVORO;
3. L'ADERENTE DICHIARA DI AVER PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA RESA AI FINI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/6/2003 N. 196 E ACCONSENTE AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI PROPRI DATI PERSONALI NELL'AMBITO E CON I LIMITI INDICATI NELL'INFORMATIVA A CONDIZIONE CHE SIANO RISPETTATE LE DISPOSIZIONI DELLA NORMATIVA DI LEGGE.

NOTE

1. I VERSAMENTI VANNO EFFETTUATI TRAMITE BONIFICO BANCARIO UTILIZZANDO LE SEGUENTI COORDINATE: NEXI S.p.A. - BENEFICIARIO: VITTORIA ASSICURAZIONI FPA C/C AFFLUSSI; IBAN: IT09V0500001600CC0017232300
2. *NELLA CAUSALE DI VERSAMENTO RIPORTARE SEMPRE IL CODICE FISCALE DELL'ADERENTE.*
3. *E' INDISPENSABILE CHE IL VERSAMENTO ABBAIA LA VALUTA FISSA PER IL BENEFICIARIO ENTRO L'ULTIMO GIORNO LAVORATIVO DEL MESE, IN CASO CONTRARIO L'ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE POTRA' ESSERE EFFETUATA SOLO ALLA FINE DEL MESE SUCCESSIVO.*
4. *E' CONSIGLIABILE ANTICIPARE ALLA COMPAGNIA VIA FAX O VIA EMAIL LA COPIA DELLA CONTABILE BANCARIA E DEL PRESENTE MODULO QUANDO IL VERSAMENTO VIENE EFFETTUATO NEL CORSO DEGLI ULTIMI CINQUE GIORNI LAVORATIVI DEL MESE AL FINE DI GARANTIRE CHE L'ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE POSSA AVVENIRE ENTRO LA FINE DELLO STESSO.*

DATA _____

FIRMA DELL'ADERENTE _____

PER RICEVUTA

DATA _____

TIMBRO E FIRMA CANALE COLLOCATORE _____