Spett.le

AXA Assicurazioni S.p.A.

c/o unità locale di Via Aldo Fabrizi 9 00128 Roma

o.c. Spett.le (Fondo di destinazione)	
	_

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTAI	RE			
Luogo Data G G M M A A A	A			
Il sottoscritto				
Codice fiscale				
Luogo e data di nascita	A			
Tel. E-mail				
iscritto alla seguente forma pensionistica:				
Fondo Pensione Aperto AXA Mia Pensione (Piano Individuale Pensionistico) AXA Progetto Pensione Più (Piano Individuale Pensionistico)	nistico			
Numero adesione/contratto				
Premesso che				
ha maturato la permanenza minima nel Fondo Pensione / Piano Individuale Pensionistico ha perso i requisiti di partecipazione al Fondo Pensione (solo adesioni Collettive)				
Richiede il trasferimento della propria posizione individuale ad altra forma pensionistica complementare, che sarà da Voi effettuato previa autorizzazione del fondo di destinazione. DATI DEL FONDO DI DESTINAZIONE				
Denominazione della forma pensionistica complementare di destinazione				
■ Istitutore della forma pensionistica complementare di destinazione				
■ Numero adesione della forma pensionistica complementare di destinazione	_			
■ Numero di iscrizione Albo COVIP				
ALTRI DATI				
■ Data dell'ultimo versamento dell'Aderente ■ Riferimento Ufficio amministrativo della forma pensionistica di destinazione				
Recapito				
■ Telefono Indirizzo e-mail				
Firma dell'Aderente (se Fondo Pensione Aperto)				
Firma del Contraente (se Piano Individuale Pensionistico)				

Firma dell'Assicurato (se diverso dal Contraente)

Spett.le

AXA Assicurazioni S.p.A.

c/o unità locale di Via Aldo Fabrizi 9 00128 Roma

o.c. Spett.le (Fondo di destinazione)	

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO AD ALTRA FO	DRMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE			
Luogo	Data G G M M A A A A			
Cognome e Nome				
Il sottoscritto				
Codice fiscale				
Luogo e data di nascita	G G M M A A A A			
Via Ulling Via				
Tel.	E-mail			
iscritto alla seguente forma pensionistica:				
Fondo Pensione Aperto AXA Mia Pensione (Piano Individuale Pensi	ionistico) 🔲 AXA Progetto Pensione Più (Piano Individuale Pensionistico)			
Numero adesione/contratto				
Premesso che				
ha maturato la permanenza minima nel Fondo Pensione / Piano Indi	viduale Pensionistico			
ha perso i requisiti di partecipazione al Fondo Pensione (solo adesio	ni Collettive)			
Richiede il trasferimento della propria posizione individuale ad altra forma pensionistica complementare, che sarà da Voi effettuato previa autorizzazione del fondo di destinazione.				
DATI DEL FONDO DI DESTINAZIONE				
Denominazione della forma pensionistica complementare di destinazione				
■ Istitutore della forma pensionistica complementare di destinazione				
■ Numero adesione della forma pensionistica complementare di destinazione				
■ Numero di iscrizione Albo COVIP				
ALTRI DATI				
	G G M M A A A A			
Data dell'ultimo versamento dell'Aderente				
Riferimento Ufficio amministrativo della forma pensionistica di destinazione				
Recapito				
■ Telefono Indirizzo e-mail				
Firma dell'Aderente (se Fondo Pensione Aperto)				
Firma del Contraente (se Piano Individuale Pensionistico)				

Firma dell'Assicurato (se diverso dal Contraente)

Spett.le

AXA Assicurazioni S.p.A.

c/o unità locale di Via Aldo Fabrizi 9 00128 Roma

o.c. Spett.le (Fondo di destinazione)	

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO AD ALTRA F	ORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE			
Luogo	Data G G M M A A A A			
Cognome e Nome Il sottoscritto				
Codice fiscale				
Luogo e data di nascita	GGMMAAAA			
Tel.	E-mail			
iscritto alla seguente forma pensionistica:				
Fondo Pensione Aperto AXA Mia Pensione (Piano Individuale Pensione) Numero adesione/contratto	sionistico) 🔲 AXA Progetto Pensione Più (Piano Individuale Pensionistico)			
Premesso che ha maturato la permanenza minima nel Fondo Pensione / Piano Inc ha perso i requisiti di partecipazione al Fondo Pensione (solo adesi Richiede il trasferimento della propria posizione individuale ad altra forma pension del fondo di destinazione.	oni Collettive)			
DATI DEL FONDO DI DESTINAZIONE				
 Denominazione della forma pensionistica complementare di destinazione Istitutore della forma pensionistica complementare di destinazione Numero adesione della forma pensionistica complementare di destinazione Numero di iscrizione Albo COVIP 				
ALTRI DATI				
 Data dell'ultimo versamento dell'Aderente Riferimento Ufficio amministrativo della forma pensionistica di destinazione Recapito 	G G M M A A A A			
■ Telefono Indirizzo e-mail				
Firma dell'Aderente (se Fondo Pensione Aperto)				
Firma del Contraente (se Piano Individuale Pensionistico)				
Firma dell'Assicurato (se diverso dal Contraente)				