



Piano Individuale Pensionistico – Fondo Pensione

MODULO RACCOLTA DATI

A CURA DELL'AZIENDA DATRICE DI LAVORO

DA UTILIZZARE NEL CASO DI ADESIONI INDIVIDUALI CON CONFERIMENTO DEL TFR

DATA RICEZIONE ___/___/___ AGENZIA DI _____ CODICE _____

DATI DELL'AZIENDA

Denominazione: _____

Partita IVA: _____ Codice Fiscale: _____

Sede a: _____ Prov.: _____ Indirizzo: _____ Settore attività: _____

Altra sede a: _____ Prov.: _____ Indirizzo: _____

Riferimento amministrativo (*) Sig. _____ Tel.: _____ Fax: _____ Email: _____

LEGALE RAPPRESENTANTE:

Cognome e Nome: _____ Codice Fiscale: _____

Comune di nascita: _____ Prov.: _____ Data di nascita: ___/___/___ Sesso (M/F): _____

Residenza, indirizzo: _____ Città: _____ C.A.P.: _____

Prov.: _____ Stato: _____

Documento di riconoscimento: Tipo _____ n.° _____

Rilasciato da: _____ a _____ in data: ___/___/___

(*) riferimento utile per le comunicazioni di tipo gestionale delle contribuzioni

DIPENDENTE ADERENTE

Cognome e Nome: _____ Codice fiscale: _____

CONTRIBUZIONE

Tipologia ed entità della contribuzione sono indicati nel Modulo di adesione del dipendente.

I versamenti avranno la seguente ricorrenza:

mensile (il 1° giorno di ogni mese) trimestrale (a partire dal 1° mese di _____)

semestrale (a partire dal 1° mese di _____) annuale (a partire dal 1° mese di _____)

e saranno effettuati entro la prima decade del mese successivo al periodo di competenza.

MODALITA' DI VERSAMENTO DELLA CONTRIBUZIONE

(a cura dell'Agenzia incaricata al collocamento)

Il versamento dei contributi a FEELGOOD verrà effettuato con la periodicità prevista, mediante BONIFICO BANCARIO a favore di:

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. – AGENZIA DI _____ COD. AGENZIA _____ sul c/c intrattenuto presso:

BANCA _____ AGENZIA DI _____

ABI _____ CAB _____ C/C BANCARIO N. _____ CIN _____

Codice IBAN: _____

Non è consentito effettuare il bonifico con valuta retrodatata a favore del beneficiario.