

SPAZIO RISERVATO
AL FONDO PENSIONE

Comunicazione perdita condizione fiscalmente a carico

in vigore dal 01.12.2024

DATI ADERENTE

Il/la sottoscritto/a Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:			
Nato/a a:		prov:	il:
Residente a:		prov:	c.a.p.
Via/Piazza:		n:	
Tel/cell:		E-mail:	
Numero iscrizione al fondo pensione:			

COMUNICA:

La perdita della condizione di fiscalmente a carico a far data dal _____

Avvertenze: È data facoltà al soggetto non più fiscalmente a carico di incrementare autonomamente la propria posizione individuale mediante il versamento di contributi volontari ovvero di mantenere la propria posizione individuale anche in assenza di contribuzione. Inoltre, qualora inizi a svolgere un'attività lavorativa che comporti la maturazione del TFR, può destinare il TFR maturando anche nel caso in cui il datore di lavoro non sia convenzionato con il Fondo. Si precisa che in tale circostanza si perderebbe il diritto alla contribuzione datoriale spettante, invece, in caso di adesione ad un fondo collettivo di riferimento.

Luogo e data _____

_____ Firma

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte e inviato al Fondo Pensione tramite posta elettronica all'indirizzo: fap@fabds.it.