



**MODULO DI VERSAMENTO
CONTRIBUTIVO
FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO**

Spett.Le
**FONDO PENSIONE PER IL PERSONALE DELLE
AZIENDE DEL GRUPPO UNICREDIT**
V.le Liguria, 26
20143 MILANO MI

A) DATI DEL SOGGETTO ISCRITTO AL FONDO PENSIONI DEL GRUPPO UNICREDIT

COGNOME E NOME _____ CODICE FISCALE _____
DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ (PROV.) ____
RESIDENTE IN _____ (PROV.) ____ CORSO/VIA _____ N. _____
CAP _____ TELEFONO _____ E-MAIL _____
ASSUNTO/A IL _____ DIPENDENTE DI _____

B) DATI DEL SOGGETTO FISCALMENTE A CARICO DELL'ISCRITTO

COGNOME E NOME _____ CODICE FISCALE _____ DATA DI
NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ (PROV.) ____
RESIDENTE IN _____ (PROV.) ____ CORSO/VIA _____ N. _____
CAP _____ TELEFONO _____ E-MAIL _____
STATUS: FIGLIO/FIGLIA CONIUGE ALTRO:

Il sottoscritto preso atto di quanto previsto dallo Statuto dalla Nota Informativa e dal Regolamento sull'attivazione di una posizione a favore dei soggetti fiscalmente a carico COMUNICA di voler effettuare versamenti al Fondo secondi i dettagli che seguono.

C) DETTAGLI DEL VERSAMENTO

DICHIARO DI EFFETTUARE UN VERSAMENTO PARI AD € _____,00 PER IL BENEFICIARIO
COGNOME _____ NOME _____ ED ALLEGO COPIA DELLA RICEVUTA DEL BONIFICO .
 DICHIARO DI EFFETTUARE UN VERSAMENTO PARI AD € _____,00 CON LA SEGUENTE DATA VALUTA FISSA ____/____/____ PER
IL BENEFICIARIO COGNOME _____ NOME _____ ED ALLEGO COPIA DELL'ORDINE DI
BONIFICO CONTINUATIVO

D) COORDINATE BANCARIE

Il versamento sopra indicato dovrà essere effettuato esclusivamente tramite BONIFICO BANCARIO
Sul conto corrente: **IT74W033070171900000026131**
Intestato a: FONDO PENSIONI DEL GRUPPO UNICREDIT presso BANCA SGSS SPA – MILANO
Con la seguente causale **OBBLIGATORIA:**

SOGFISC CODICE FISCALE DEL SOGGETTO A CARICO COGNOME DEL SOGGETTO A CARICO NOME DEL SOGGETTO A CARICO

ATTENZIONE L'UTILIZZO DI CAUSALI NON CORRETTE E/O DIFFERENTI DA QUELLA RICHIESTA COMPORTA LA NON RICONOSCIBILITA' DEL VERSAMENTO E L'IMPOSSIBILITA' DI PROVVEDERE ALL'INVESTIMENTO.

PER GLI ASPETTI FISCALI SI RIMANDA AL REGOLAMENTO ED ALLA NORMATIVA IN MATERIA.

IL/ LA SOTTOSCRITTO/A È RESPONSABILE DELLA COMPLETEZZA E VERIDICITÀ DELLE INFORMAZIONI FORNITE, COMPRESA LA SUSSISTENZA DEI NECESSARI REQUISITI NEL SOGGETTO IN FAVORE DEL QUALE EFFETTUA IL VERSAMENTO

DATA, ____ / ____ / _____

FIRMA LEGGIBILE DI CHI EFFETTUA IL VERSAMENTO