



## Dichiarazione del Legale Rappresentante del Fondo di Previdenza Complementare - 1/3

Da allegare alla domanda di intervento del Fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare presentata dall'erede del lavoratore - modello PPC/D Eredi (SR93).

### Il sottoscritto

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

### In qualità di legale rappresentante

del Fondo di Previdenza Complementare: \_\_\_\_\_

Denominazione Società / Impresa di Assicurazione \_\_\_\_\_

Tipologia Fondo \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C. A. P. \_\_\_\_\_

### Dichiara che

il fondo e' iscritto al n. \_\_\_\_\_ dell'albo tenuto dalla COVIP ai sensi dell'art. 19, comma 1, d.lgs 252/05 e che

### dati del lavoratore deceduto:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ NATO/A IL GG/MM/AAAA \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_

iscritto a questo fondo di previdenza complementare dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

- ha ottenuto il riscatto totale della posizione individuale in data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_
- non ha riscattato integralmente la sua posizione individuale
- l'omissione contributiva si e' verificata all'interno di questo fondo di previdenza complementare
- l'omissione riguarda contributi dovuti per l'erogazione di prestazioni pensionistiche complementari comprese quelle ai superstiti ed escluse le prestazioni per invalidita' ed inabilita' (art. 5, comma 1, d.lgs. 80/92).
- di non aver ricevuto acconti;
- di aver ricevuto acconti per € \_\_\_\_\_ ;



## Dichiarazione del Legale Rappresentante del Fondo di Previdenza Complementare - 2/3

Inoltre dichiara che:

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>

Richiedente l'intervento del fondo di garanzia

- ha diritto, presso questo Fondo di previdenza complementare, alla prestazione ai superstiti prevista dall'art. 11, comma 5 del d.lgs. 252/05 in caso di morte del titolare della prestazione pensionistica complementare;
- ha diritto, presso questo Fondo di previdenza complementare, alla prestazione ai superstiti prevista dall'art. 14, comma 3 del d.lgs. 252/80 in caso di morte dell'iscritto.

----- data -----

Timbro e firma



**Dichiarazione del Legale Rappresentante del Fondo di Previdenza Complementare - 3/3**

**da compilare nel caso in cui il Fondo si sia insinuato nello stato passivo del datore di lavoro insolvente o abbia agito in giudizio per il recupero dell'omissione contributiva**

Anno	_____	dal (gg/mm)	_____	al (gg/mm)	_____	€	_____
Anno	_____	dal (gg/mm)	_____	al (gg/mm)	_____	€	_____
Anno	_____	dal (gg/mm)	_____	al (gg/mm)	_____	€	_____
Anno	_____	dal (gg/mm)	_____	al (gg/mm)	_____	€	_____
Anno	_____	dal (gg/mm)	_____	al (gg/mm)	_____	€	_____
Anno	_____	dal (gg/mm)	_____	al (gg/mm)	_____	€	_____
						Totale	_____

in conseguenza degli acconti ricevuti residuano da versare € \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Timbro e firma