

RICHIESTA DI RESTITUZIONE/RIMBORSO DI CONTRIBUZIONE ERRATA

(aderente/datore di lavoro)

Questo modulo deve essere inviato e/o consegnato **in originale** a:
Fondo Pensione Laborfonds c/o il Service Amministrativo Pensplan Centrum S.p.A.
Via della Mostra 11/13 – 39100 Bolzano oppure Via Gazzoletti 47 – 38122 Trento.

Con la presente si richiede:

- la restituzione** (prima della conversione del bonifico in quote)
 il rimborso (dopo la conversione del bonifico in quote)

della somma di Euro
di cui quota lavoratore pari ad Euro
quota datore pari ad Euro
quota TFR pari ad Euro
per il trimestre .

Tale importo è da accreditare sul seguente conto corrente:

codice IBAN

Dati riguardanti il datore di lavoro

Denominazione e ragione sociale
Partita IVA Codice fiscale
Data Firma e timbro

Solo in caso di richiesta di rimborso

Il datore di lavoro dichiara:

- +** di aver dato adeguata comunicazione agli aderenti in merito agli impatti sulla posizione individuale derivanti dal rimborso, consistenti nella rettifica e annullamento delle quote attribuite a suo tempo per l'importo richiesto
+ che l'errore verificatosi è il seguente:

N.B.: Il rimborso viene effettuato una volta verificata la validità e completezza della documentazione raccolta, annullando le quote attribuite a suo tempo all'importo richiesto e rimborsando il controvalore ricavato dall'annullamento. Il Fondo addebita eventuali spese.

Dati riguardanti l'aderente (in caso di rimborso)

(in caso di richieste di rimborso per più di un lavoratore, allegare lista aderenti interessati, indicando nome, cognome, codice fiscale, quota lavoratore, quota datore di lavoro, quota TFR da rimborsare e firma degli aderenti)

Nome e cognome
Codice fiscale Firma