RICHIESTA DI REVOCA DELLA RENDITA INTEGRATIVA TEMPORANEA ANTICIPATA (RITA) (mod. REVRITAFPA)

Da inviare a:

FONDO PENSIONE APERTO

Unipol Assicurazioni S.p.A. - Area Life - Previdenza

Via Stalingrado, 45 - 40128 - Bologna (BO)

Adesione n°_____

L'aderente

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato a _____ Prov _____ il _____ /_____ /_____

Indirizzo di residenza

Comune _____Prov. _____ CAP _____

Indirizzo _____ Telefono _____

Domicilio (se diverso dall'indirizzo di residenza)

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo _____ Telefono _____

CHIEDE

di revocare l'erogazione della rendita integrativa temporanea anticipata (RITA) richiesta in data _____ con conseguente cessazione dell'erogazione delle rate residue.

Luogo e data

_____

Firma dell'Aderente
(ovvero del Legale Rappresentante)

_____