

## MODULO PER LA PROROGA DELLA SCADENZA - POLIZZA PIP

POLIZZA N. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto

### Aderente

COGNOME				NOME				SESSO
								<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA			PROV.	PAESE		
INDIRIZZO DI RESIDENZA	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE			
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE			
INDIRIZZO E-MAIL	TELEFONO							

per la polizza su riportata **CHIEDE:**

- la **proroga** della scadenza fino alla seguente data: \_\_\_\_\_ e di **continuare** a contribuire secondo quanto previsto dal suo piano pensionistico;
- la **proroga** della scadenza fino alla seguente data: \_\_\_\_\_ e di **interrompere** la contribuzione a partire dalla **prima rata utile** successiva al pervenimento della presente comunicazione.

\_\_\_\_\_

Data e luogo

**X** \_\_\_\_\_

Firma dell'Aderente

➤ **Allegare obbligatoriamente copia fronte/retro del documento d'identità dell'Aderente.**