

## MODULO DI AUTORIZZAZIONE CONTATTO

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il giorno \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

### AUTORIZZA

Alleanza Assicurazioni S.p.A. a contattare \_\_\_\_\_  
sede legale \_\_\_\_\_  
P.IVA \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

al fine di avviare la procedura di trasferimento del proprio Fondo Pensione nella posizione pensionistica personale attivata presso Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_