

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 _____