ALLEANZA ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale: Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano - Tel. +39 02 40824111 - Fax +39 041 3362763 - www.alleanza.it
Capitale Sociale Euro 210.000.000,00 i.v. - C.F. e iscrizione Registro Imprese di Milano n. 10908160012 - P.IVA n. 01333550323
Pec: alleanza@pec.alleanza.it - Società iscritta all'Albo Imprese IVASS n. 1.00178, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

Spett.le
(ragione sociale e indirizzo Fondo cedente)

_____

_____

_____

OGGETTO: RICHIESTA DI TRASFERIMENTO CONTRATTO (CONTESTUALE O SUCCESSIVO ALL'EMISSIONE)*

ADERENTE: _____ _____
(cognome) (nome)

CODICE FISCALE: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CODICE CLIENTE: _____
(se previsto)

NR. CONTRATTO: _____

Il sottoscritto chiede il trasferimento della propria posizione previdenziale costituita presso il Fondo _____ , a favore di:

☐ **ALLEATA PREVIDENZA**	☐ **ALMEGLIO**
Conto acceso presso: Intesa San Paolo	Conto acceso presso: State Street Bank S.p.A.
IBAN: IT90 T030 6912 7116 1528 9825 416	IBAN: IT 78 L 03439 01600 000001021324

(barrare la casella corrispondente al prodotto scelto)

Il trasferimento dovrà avvenire a mezzo bonifico bancario, **con causale**:

TRASF – NOME E COGNOME ADERENTE – CODICE FISCALE ADERENTE
(riportare nome e cognome Aderente) (riportare codice fiscale Aderente)

Data compilazione: _____ / _____ / _____

Firma Aderente _____

* Modulo da compilare e inviare copia al Fondo cedente.