VERA Vita

Da inviare a:

VERA VITA S.p.A.
VIA CARLO EDERLE, 45, 37126 VERONA (VR)
Adesione n°_____

FONDO PENSIONE APERTO_____

RICHIESTA DI REVOCA DELLA RENDITA INTEGRATIVA TEMPORANEA ANTICIPATA (RITA)

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

_____ _____