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

_____ _____