

BAP VITA E PREVIDENZA

Sede amministrativa: Via F. De Sanctis, 11 – 00195 ROMA

Spett. Le
BancAssurance Popolari S.p.A
Team Operations
Via F. De Sanctis n° 11
00195 Roma RM
da inviare a
portafoglio@bancassurance.it

RICHIESTA VARIAZIONE DATORE DI LAVORO

1

Con la presente il/la sottoscritto/a _____ CF _____

Aderente del Pensione Piano Individuale Pensionistico o al Fondo pensione Aperto, sottoscritto in data _____

DICHIARA

di aver variato il proprio datore di lavoro di cui si forniscono i seguenti dati:

Denominazione	
Data di costituzione:	
Partita IVA	
Indirizzo	
Settore di attività	
Legale Rappresentante	
CF L. Rappresentante	
Data e luogo di nascita	
Residenza	
Professione- Ramo attività	
Referente aziendale	
Telefono – e-mail- fax	

Data e luogo

Firma dell'Aderente

.....

Documenti da allegare alla richiesta:

- ✓ Documento d'identità in corso di validità dell'Aderente