



**RICHIESTA DI REVOCA DELLA EROGAZIONE DELLA  
PRESTAZIONE IN FORMA DI RITA**  
Fondo pensione complementare a capitalizzazione  
Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n.1117

**DATI DELL'ADERENTE PERCETTORE DEL TRATTAMENTO RITA**

Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: / /
Comune di nascita:		Prov: ( )	
Indirizzo di residenza/domicilio: _____	Prov.: ( ) Tel.: _____		
Comune di residenza/domicilio: _____	CAP: _____ @-mail: _____		
<b>Chiede la revoca della erogazione della prestazione in forma di RITA Dichiara di essere consapevole che il trattamento RITA non potrà essere ripristinato e che il montante destinato alla RITA, e non erogato, resterà investito nel comparto scelto in fase di attivazione della RITA. Dichiara, inoltre di essere a conoscenza della possibilità di modificare il comparto d'investimento, nel rispetto delle regole procedurali del Fondo, mediante compilazione dell'apposito modulo.</b>			
DATA __/__/____	Firma dell'aderente _____		
NOTA: ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA'			

IL PRESENTE MODULO VA INVIATO VIA E-MAIL A: [dipendenti@fondopensioneibm.it](mailto:dipendenti@fondopensioneibm.it)

(OPPURE TRAMITE POSTA INTERNA IBM: MI-SEG-100 OVVERO TRAMITE POSTA ORDINARIA A: FONDO PENSIONE PER I DIPENDENTI E DIRIGENTI IBM VIA ROMA, 15 - 20090 SEGRATE (MI))

AGGIORNAMENTO DEL 11/2018