

Spettabile
AXA ASSICURAZIONI SpA
Corso Como 17
20154 MILANO MI

Io sottoscritto/a _____
cognome nome

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____
comune

_____ via _____ cap _____ provincia _____ nr. telefono _____

INTENDO

NON INTENDO

aderire al FONDO PENSIONE PER I DIRIGENTI DI AXA ASSICURAZIONI SpA, Corso Como 17 – 20154 MILANO.

In caso di risposta affermativa, dichiaro sin d'ora di accettare i relativi Statuto e Regolamento, nonché le norme operative stabilite dai vigenti Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro e dalla Politica Benefit Dirigenti del Gruppo Assicurativo AXA Italia, quali "fonti istitutive" della previdenza complementare. Confermo altresì che la volontà sopra espressa vale come impegno per tutta la durata del rapporto di lavoro alle dipendenze di codesta Società.

Dichiaro che la mia posizione è:

DIRIGENTE "VECCHIO ISCRITTO" (già iscritto al 28.04.1993 ad un Fondo)

DIRIGENTE "NUOVO ISCRITTO" (con data di iscrizione ad un Fondo posteriore al 28.04.1993)

_____ data

_____ firma

Consenso al Trattamento dei Dati Personali

Acconsento al trattamento dei miei dati personali, comuni e sensibili nonché alla loro comunicazione ed al loro trattamento funzionale all'esercizio dell'attività previdenziale complementare.

_____ data

_____ firma