

Spett.le
Allianz S.p.A.
Insurance Product Life – Altre Forme Previdenziali
L.go Ugo Imeri, 1 – 34123 Trieste

MODULO PER LA RETTIFICA DELLO STATUS DI LAVORATORE

Io sottoscritto _____
(cognome e nome)

aderente alla forma pensionistica _____
(denominazione della forma pensionistica)

con il numero _____
(numero di polizza o di adesione)

COMUNICO

la mia condizione professionale attuale (barrare solo la voce che interessa):

- Lavoratore dipendente del settore privato
- Lavoratore dipendente del settore pubblico
- Lavoratore autonomo / libero professionista
- Soggetto diverso da lavoratore dipendente o autonomo (es. studente, disoccupato, ecc.)

Firma dell'Aderente/Rappresentante legale  _____

Luogo e data _____