

(All. 2)

DA RESTITUIRE A:  
UNIPOL ASSICURAZIONI S.P.A.  
UFFICIO FONDI CHIUSI NEGOZIALI E PIP  
n. fax 02/51819774  
e-mail: [previdenza\\_complementare@unipolassicurazioni.it](mailto:previdenza_complementare@unipolassicurazioni.it)

p.c. AGENZIA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ n.fax \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

AZIENDA \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Referente \_\_\_\_\_ n.tel. \_\_\_\_\_

DATA DISPOSIZIONE BONIFICO \_\_\_\_\_

PERIODO DI COMPETENZA VERSAMENTO \_\_\_\_\_

Nome e Cognome Aderente	Codice Fiscale	Importo TFR	Contributo datore di lavoro	Contributo dipendente	Totale