

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome:											Nome:					
Codice Fiscale:											Sesso:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Data di nascita:	___ / ___ / ___	
Comune di nascita:											Prov:	()	Tel.:			
Indirizzo di residenza:											CAP:			E-mail:		
Comune di residenza:											Provincia:	()				

2. FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE DALLA QUALE VIENE TRASFERITA LA POSIZIONE

Denominazione:

Data della richiesta di trasferimento:

3. ALLOCAZIONE DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE TRASFERITA¹

<input type="checkbox"/> "Bilanciato prudente"	___ %	<input type="checkbox"/> "Etico"	___ %
<input type="checkbox"/> "Bilanciato globale"	___ %	<input type="checkbox"/> "Garantito"	___ %

Data Compilazione: / /

Firma: _____

ISTRUZIONI E AVVERTENZE.

a) IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO E SOTTOSCRITTO SOLAMENTE NEL CASO IN CUI L'ISCRITTO DESIDERI ALLOCARE NEI COMPARTI IN CUI SI ARTICOLA IL FONDO PENSIONE APERTO RISPARMIO & PREVIDENZA LA POSIZIONE INDIVIDUALE EVENTUALMENTE TRASFERITA DA ALTRE FORME PENSIONISTICHE COMPLEMENTARI SECONDO PERCENTUALI DIVERSE RISPETTO A QUELLE INDICATE NEL MODULO DI ADESIONE O IN SUCCESSIVE RICHIESTE DI RIALLOCAZIONE.

b) SI RACCOMANDA DI ANTICIPARE IL MODULO COMPILATO E SOTTOSCRITTO TRAMITE FAX AL N° 045/8372317, POSSIBILMENTE ALLEGANDO COPIA DELLA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO INVIATA ALLA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE DI PROVENIENZA.

SI RICORDA CHE L'ADERENTE PUÒ RIALLOCARE LA PROPRIA POSIZIONE INDIVIDUALE FRA I DIVERSI COMPARTI NEL RISPETTO DEL PERIODO MINIMO DI UN ANNO DALLA DATA DI ISCRIZIONE O DALL'ULTIMA RIALLOCAZIONE. LA RIALLOCAZIONE EVENTUALMENTE RICHIESTA COMPRENDERÀ ANCHE LA POSIZIONE TRASFERITA DA ALTRE FORME PENSIONISTICHE COMPLEMENTARI

¹ Il totale delle percentuali indicate per i singoli comparti deve essere pari al 100%.