

**MODULO DI RICHIESTA VARIAZIONI****GENERALITA' DELL'ADERENTE****IL SOTTOSCRITTO**

COGNOME _____ NOME _____ CODICE FISCALE _____

NUMERO ADESIONE _____ DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROVINCIA _____ CITTADINANZA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA: VIA E N. CIVICO _____ C.A.P. _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

COD. SOTTOGR. _____ COD. GRUPPO _____ DOC IDENTIFICATIVO VALIDO _____ N. DOCUMENTO _____ RILASCIATO DA _____ IN DATA _____

INDIRIZZO DI DOMICILIO (SE DIVERSO) _____ C.A.P. _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

RICHIEDE
 DI VOLERE MODIFICARE IL COMPARTO DI INVESTIMENTO DALL'ATTUALE AL SEGUENTE:
 PREVIDENZA GARANTITA

 PREVIDENZA EQUILIBRATA

 PREVIDENZA CAPITALIZZATA

 L'AGGIORNAMENTO DELL'INDIRIZZO DI RESIDENZA COME SEGUE:

INDIRIZZO DI RESIDENZA: VIA E N. CIVICO _____ C.A.P. _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

 LA DESIGNAZIONE DEL NUOVO BENEFICIARIO IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE COME SEGUE:

COGNOME _____ NOME _____ CODICE FISCALE _____

 L'AGGIORNAMENTO DEI DATI DEL DATORE DI LAVORO COME SEGUE:

RAGIONE SOCIALE _____ PARTITA IVA _____

INDIRIZZO: VIA E N. CIVICO _____ C.A.P. _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

INDIRIZZO SEDE LEGALE (SE DIVERSO): VIA E N. CIVICO _____ C.A.P. _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

ATTENZIONE

OGNI RICHIESTA DI VARIAZIONE SARA' SOGGETTA ALLE NORME ED ALLE REGOLE PREVISTE DAL REGOLAMENTO DEL FONDO E DALLA NOTA INFORMATIVA GIA' CONSEGNATE ALL'ATTO DELL'ADESIONE.

DATA _____ FIRMA DELL'ADERENTE _____

PER RICEVUTA

DATA _____ TIMBRO E FIRMA CANALE COLLOCATORE _____