



MODULO DI RICHIESTA VARIAZIONI

GENERALITÀ 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. _____ LOCALITÀ _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

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

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

RICHIESTE

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. _____ LOCALITÀ _____ 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. _____ LOCALITÀ _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

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

ATTENZIONE

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

DATA _____ FIRMA DELL'ADERENTE _____

PER RICEVUTA

DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL COLLOCATORE _____

