

FONDO PENSIONE ARTIFOND

SCELTA DEL COMPARTO DI INVESTIMENTO

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale _____ Sesso: M F Data di nascita: ____/____/____

Comune di nascita _____ Prov. () _____ Tel. _____
(Stato Estero)

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Provincia: () _____

2. SCELTA DEL COMPARTO

Il sottoscritto **CHIEDE di destinare la propria** posizione individuale al seguente comparto di investimento:

Linea 1 – comparto BILANCIATO

Linea 2 – comparto GARANTITO

(barrare il nuovo comparto prescelto)

Data Compilazione: ____ / ____ / ____

Firma: _____

N.B.

1. Il cambio comparto può avvenire trascorsi almeno 12 (dodici) mesi di permanenza nel comparto in precedenza scelto;
2. La prima richiesta di cambio comparto è gratuita;
3. Dalla seconda richiesta e a seguire, ad ogni cambio comparto verrà addebitato all'iscritto un costo di € 15,00;
4. La richiesta di cambio comparto deve pervenire al Fondo, a mezzo raccomandata A/R, debitamente compilata e firmata dall'aderente;
5. Le domande pervenute entro il 1° marzo di ogni anno, produrranno effetti a partire dal 1° maggio successivo, mentre le domande pervenute dal 2 marzo al 30 settembre, produrranno effetti dal 1° novembre successivo.