

**FONDO PENSIONE APERTO SOLUZIONE PREVIDENTE****MODULO SWITCH/REINDIRIZZAMENTO****1. DATI DELL'ADERENTE**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ E e-mail: \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**2. RICHIESTA DI VARIAZIONE (N.B.: Si ricorda che, in osservanza all'art. 6 del Regolamento del Fondo, l'Aderente può riallocare la propria posizione tra i diversi comparti, nel rispetto del periodo minimo di 1 anno dall'iscrizione ovvero dall'ultima riallocazione)****A)  SWITCH**

Il sottoscritto chiede il trasferimento dell'intera posizione maturata e dei contributi maturandi secondo le percentuali di seguito indicate:

Linea 1 Garantita \_\_\_\_\_%  Linea 2 \_\_\_\_\_%  Linea 3 \_\_\_\_\_%

**B)  REINDIRIZZAMENTO**

Il sottoscritto chiede di continuare a mantenere l'intera posizione maturata secondo l'asset allocation stabilito all'atto dell'adesione/presente al momento della richiesta e di modificare i comparti di investimento per i SOLI contributi maturandi, secondo le percentuali di seguito indicate:

Linea 1 Garantita \_\_\_\_\_%  Linea 2 \_\_\_\_\_%  Linea 3 \_\_\_\_\_%

**Il sottoscritto dichiara**, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modifiche ed integrazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' consapevole, altresì delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:**

1. L'incompleta compilazione del presente modulo e/o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda.
2. Il presente modulo deve essere consegnato presso uno degli sportelli della rete distributiva della Compagnia oppure spedito al Fondo Pensione Aperto a mezzo raccomandata A/R al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Previdenza – Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

**FONDO PENSIONE APERTO SOLUZIONE PREVIDENTE****MODULO SWITCH/REINDIRIZZAMENTO****1. DATI DELL'ADERENTE**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ E e-mail: \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**2. RICHIESTA DI VARIAZIONE (N.B.: Si ricorda che, in osservanza all'art. 6 del Regolamento del Fondo, l'Aderente può riallocare la propria posizione tra i diversi comparti, nel rispetto del periodo minimo di 1 anno dall'iscrizione ovvero dall'ultima riallocazione)****A)  SWITCH**

Il sottoscritto chiede il trasferimento dell'intera posizione maturata e dei contributi maturandi secondo le percentuali di seguito indicate:

Linea 1 Garantita \_\_\_\_\_%  Linea 2 \_\_\_\_\_%  Linea 3 \_\_\_\_\_%

**B)  REINDIRIZZAMENTO**

Il sottoscritto chiede di continuare a mantenere l'intera posizione maturata secondo l'asset allocation stabilito all'atto dell'adesione/presente al momento della richiesta e di modificare i comparti di investimento per i SOLI contributi maturandi, secondo le percentuali di seguito indicate:

Linea 1 Garantita \_\_\_\_\_%  Linea 2 \_\_\_\_\_%  Linea 3 \_\_\_\_\_%

**Il sottoscritto dichiara**, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modifiche ed integrazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' consapevole, altresì. Delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:**

1. L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda;
2. Il presente modulo deve essere consegnato presso uno degli sportelli della rete distributiva della Compagnia oppure spedito al Fondo Pensione Aperto a mezzo raccomandata A/R al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Previdenza – Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

**FONDO PENSIONE APERTO SOLUZIONE PREVIDENTE****MODULO SWITCH/REINDIRIZZAMENTO****1. DATI DELL'ADERENTE**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ E e-mail: \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**2. RICHIESTA DI VARIAZIONE (N.B.: Si ricorda che, in osservanza all'art. 6 del Regolamento del Fondo, l'Aderente può riallocare la propria posizione tra i diversi comparti, nel rispetto del periodo minimo di 1 anno dall'iscrizione ovvero dall'ultima riallocazione)****A)  SWITCH**

Il sottoscritto chiede il trasferimento dell'intera posizione maturata e dei contributi maturandi secondo le percentuali di seguito indicate:

Linea 1 Garantita \_\_\_\_\_%  Linea 2 \_\_\_\_\_%  Linea 3 \_\_\_\_\_%

**B)  REINDIRIZZAMENTO**

Il sottoscritto chiede di continuare a mantenere l'intera posizione maturata secondo l'asset allocation stabilito all'atto dell'adesione/presente al momento della richiesta e di modificare i comparti di investimento per i SOLI contributi maturandi, secondo le percentuali di seguito indicate:

Linea 1 Garantita \_\_\_\_\_%  Linea 2 \_\_\_\_\_%  Linea 3 \_\_\_\_\_%

**Il sottoscritto dichiara**, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modifiche ed integrazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' consapevole, altresì. Delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:**

1. L'incompleta compilazione del presente modulo e/o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda.
2. Il presente modulo deve essere consegnato presso uno degli sportelli della rete distributiva della Compagnia oppure spedito al Fondo Pensione Aperto a mezzo raccomandata A/R al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Previdenza – Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO