


In attuazione degli accordi aziendali, il/la sottoscritto/a:

cognome e nome		azienda di appartenenza (se in servizio)	
data di nascita	luogo di nascita	provincia	codice fiscale
residenza fiscale	CAP	località	provincia
domicilio (se diverso)	CAP	località	provincia
telefono fisso	telefono cellulare	e-mail	

DICHIARA


di voler effettuare l'operazione di switch come indicato sul presente modulo:

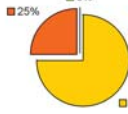
DA COMPARTO ASSICURATIVO




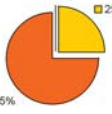
25%
75%


50%
100% *

A1



A2


A3


A4



A5


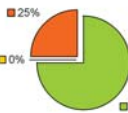
DA COMPARTO OBBLIGAZIONARIO MISTO





25%
75%


50%
100%

O1



O2


O3


O4



O5



DA COMPARTO BILANCIATO

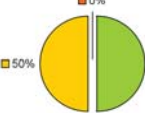


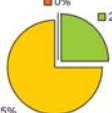
25%
75%


50%
100%

B1


B2


B3


B4


B5


* La scelta di questa specifica opzione richiede che anche i flussi contributivi siano destinati a comparti diversi da quello assicurativo azzerato. E' pertanto necessario compilare ed inviare anche l'allegato modulo (Scelta investimento post-switch).

N.B. Le percentuali nei grafici a torta si riferiscono al complessivo mobilitato dal comparto di provenienza.

data

firma del Dirigente