

## MODULO DI RIALLOCAZIONE PER LAVORATORE DIPENDENTE

(Il modulo deve essere firmato dal Cliente e inviato ad Arca Fondi SGR S.p.A. unitamente ad una copia di un documento di identità in corso di validità)

Spett.le

**Arca Fondi SGR** S.p.A.

Casella Postale n. **118 FR CENTRO**

CAP **03100** Località **FROSINONE FR**

### Il sottoscritto aderente al Fondo Pensione Aperto ARCA PREVIDENZA:

Cognome e nome (\*) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (\*) \_\_\_\_\_ Codice Aderente \_\_\_\_\_

### CHIEDE

La variazione di allocazione dei contributi futuri come segue (apporre una crocetta in corrispondenza del comparto prescelto per ciascun canale contributivo):

COMPARTI	Canale contributivo		
	Quota TFR	Quota Azienda	Quota Dipendente
Obiettivo TFR			
Rendita Sostenibile			
Crescita Sostenibile			
Alta Crescita Sostenibile			

N.B.: È necessario indicare un solo comparto di destinazione per ciascuna delle tre fonti contributive. In assenza di indicazioni riguardo una delle tre fonti contributive questa verrà destinata al comparto Obiettivo TFR

La riallocazione della propria posizione maturata fino ad oggi come segue (indicare la percentuale prescelta a favore di ciascun comparto):

COMPARTI	Riallocazione montante maturato
Obiettivo TFR	_____ ,00 %
Rendita Sostenibile	_____ ,00 %
Crescita Sostenibile	_____ ,00 %
Alta Crescita Sostenibile	_____ ,00 %

N.B.: verificare che il totale sia pari al 100%.

Il sottoscritto è responsabile della veridicità e correttezza dei dati e delle informazioni fornite con il presente modulo e solleva Arca Fondi SGR S.p.A. da ogni responsabilità in proposito.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma dell'aderente

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del soggetto che riceve il modulo

(\*) Informazioni obbligatorie.