

MODULO CAMBIO SOGGETTO COLLOCATORE

Il modulo deve essere firmato dal Cliente e inviato in originale unitamente ad una copia di un documento di identità in corso di validità ad Arca Fondi SGR S.p.A. - Casella Postale 118 FR CENTRO - 03100 FROSINONE FR

DATI DEL CLIENTE

Io sottoscritto/a (*) _____

Codice Fiscale (*) _____ Codice Aderente _____

nato/a a _____ il _____

Residente a (**) _____ Prov. _____

Via _____ N. _____ CAP _____

 Recapito in via _____ N. _____ CAP _____
 (indicare solo se diverso rispetto alla residenza)

Città _____ Prov. _____

Telefono _____ E-mail _____

chiedo il trasferimento della mia posizione previdenziale accesa nel Fondo Pensione Aperto Arca Previdenza
da vecchio collocatore
a nuovo collocatore (*) _____

ABI (*) _____

CAB (*) _____

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.

 Data

 Firma dell'Aderente

(*) Informazioni obbligatorie.

(**) Se le informazioni relative a residenza e recapito sono diverse da quelle precedentemente registrate, Arca Fondi SGR S.p.A. procederà agli aggiornamenti degli archivi.