

## MODULO CAMBIO CAB

Ad uso esclusivo del Soggetto Collocatore  
(Da inviare, in originale, ad Arca Fondi SGR S.p.A. - Casella Postale 118 FR CENTRO - 03100 FROSINONE FR)

## DATI DELLA FILIALE / DEL CLIENTE

Ragione Sociale Soggetto Collocatore (\*) \_\_\_\_\_

Filiale di \_\_\_\_\_

ABI (\*) \_\_\_\_\_ CAB (\*) \_\_\_\_\_

**richiede la riassegnazione di codice CAB nell'ambito dello stesso ABI della posizione previdenziale accesa nel Fondo  
Pensione Aperto Arca Previdenza**

intestata a (\*) \_\_\_\_\_

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

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

da vecchio CAB (\*) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

a nuovo CAB (\*) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_ Timbro e Firma

(\*) Informazioni obbligatorie.