



MODULO SCELTA DEL COMPARTO DI INVESTIMENTO

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ____ / ____ / ____

Comune di nascita: _____ Prov: (____) Tel.: _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: (____)

Denominazione Azienda e codice personale aziendale dell'aderente: _____

2. SCELTA DEL COMPARTO DI DESTINAZIONE DEI CONTRIBUTI FUTURI

SI RICORDA CHE LA SCELTA DI DESTINAZIONE DELLA CONTRIBUZIONE FUTURA PUÒ ESSERE VARIATA NON PRIMA DI 12 MESI DALL'ULTIMA SCELTA. IL SOTTOSCRITTO CHIEDE DI DESTINARE LA PROPRIA **CONTRIBUZIONE FUTURA** AL/AI COMPARTO/I DI INVESTIMENTO SECONDO LA/E PERCENTUALE/I DELLA CONTRIBUZIONE TOTALE MARCATA/E NELLA TABELLA SEGUENTE (**MARCARE UNA SOLA SCELTA**):

COMPARTO

Scelta	ASSICURATIVO	OBBLIGAZIONARIO	AZIONARIO
A <input type="checkbox"/>	100	0	0
B <input type="checkbox"/>	80	20	0
C <input type="checkbox"/>	60	40	0
D <input type="checkbox"/>	40	60	0
E <input type="checkbox"/>	20	80	0
F <input type="checkbox"/>	80	0	20
G <input type="checkbox"/>	60	0	40
H <input type="checkbox"/>	0	100	0
I <input type="checkbox"/>	0	80	20
L <input type="checkbox"/>	0	60	40

3. SCELTA DEL COMPARTO DI DESTINAZIONE DELLA POSIZIONE ACCUMULATA (SWITCH)

IL SOTTOSCRITTO **CHIEDE** IL TRASFERIMENTO DELLA **POSIZIONE INDIVIDUALE MATURATA** FRA I COMPARTI E NELLA MISURA INDICATI CON LE SCELTE ESPRESSE NELLA TABELLA SOTTOSTANTE.

SI RICORDA CHE LA PERMANENZA MINIMA NELL'AMBITO DI CIASCUN COMPARTO DI INVESTIMENTO NON PUÒ ESSERE INFERIORE A 12 MESI E CHE:

- IL TRASFERIMENTO AD ALTRO COMPARTO È CONSENTITO NELLA MISURA DI UN MULTIPLO DEL 10% DELL'AMMONTARE ACCUMULATO NEL COMPARTO DI PROVENIENZA;
- IL TRASFERIMENTO VERSO IL COMPARTO AZIONARIO È CONSENTITO ENTRO UNA MISURA MASSIMA IDONEA A FAR SI CHE LA POSIZIONE NEL COMPARTO AZIONARIO NON SUPERI IL 40% DELLA POSIZIONE TOTALE.

		Comparto di INGRESSO		
		ASSICURATIVO	OBBLIGAZIONARIO	AZIONARIO
Comparto di USCITA	ASSICURATIVO			
	OBBLIGAZIONARIO			
	AZIONARIO			

Data Compilazione: / /

Firma: _____

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano la non accettazione della domanda presentata.

IL PRESENTE MODULO VA INVIATO IN ORIGINALE A:

Fondo Pensione per i Dirigenti IBM – MI VIM 020 – Via Lecco, 61 – 20871 – VIMERCATE (MB)