

VARIAZIONE LINEA DI INVESTIMENTO**IL SOTTOSCRITTO**

Cognome:	Nome:	Codice Fiscale:		
Sesso:	Data di nascita:	Comune nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:	Numero documento	Ente di rilascio:		Data di rilascio:
Residente nel comune di:				Cap:
Via/Piazza e n. civico				
E-mail:		Telefono cellulare:		

CHIEDE CHE (barrare l'opzione scelta):

- LA SUA POSIZIONE INDIVIDUALE
 LA POSIZIONE INTESTATA AL FAMILIARE A CARICO: *cognome e nome*.....

VENGA TRASFERITA AL SEGUENTE COMPARTO (barrare l'opzione scelta):

- DINAMICO BILANCIATO GARANTITO

Dichiara, inoltre, di essere informato che:

- la scelta riguarda l'intera posizione individuale maturata e la contribuzione futura;
- ha l'obbligo di permanenza di almeno 12 mesi nel nuovo comparto d'investimento prescelto;
- le richieste pervenute al fondo entro il 30 novembre hanno effetto dalla prima data di trasferimento possibile, tenuto conto dei tempi necessari al gestore e alla società amministrativa, e comunque non oltre il 30 aprile dell'anno successivo;
- il presente modulo deve essere inviato per posta elettronica a fondopensioni@cisl.it oppure a fondopensioni@pec.cisl.it allegando copia di documento d'identità e tessera sanitaria.

Data _____

Firma _____

I Suoi dati saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, del D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i., come da informativa ricevuta in fase di adesione, disponibile anche sul sito www.fondopensionecisl.it/documenti-fondo