



## RICHIESTA DI VARIAZIONE DEL COMPARTO DI INVESTIMENTO

### 1. DATI DELL'ISCRITTO

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Comune (st. estero) di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( ) Telefono: \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( )

### 2. SCELTA DEL COMPARTO

Il sottoscritto **CHIEDE** di investire:

la posizione individuale maturata come segue:

\_\_\_\_\_ % scudo          \_\_\_\_\_ % progressione          \_\_\_\_\_ % espansione

i flussi contributivi futuri come segue:

\_\_\_\_\_ % scudo          \_\_\_\_\_ % progressione          \_\_\_\_\_ % espansione

**N.B.** Si ricorda che è facoltà dell'aderente trasferire l'intera posizione maturata verso un nuovo comparto di investimento oppure riallocare la propria posizione individuale tra i diversi comparti nel rispetto del periodo minimo di un anno dall'iscrizione o dall'ultima riallocazione; è altresì facoltà dell'aderente destinare tutta la contribuzione futura verso un unico comparto di investimento (in tal caso, indicare 100% accanto al nome del comparto prescelto) oppure decidere di suddividere i flussi contributivi su due o più comparti nelle percentuali desiderate.

### 3. ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Si ricorda che secondo quanto previsto dallo Statuto del Fondo Pensione, la permanenza minima nell'ambito di ciascun comparto di investimento non può essere inferiore ad 1 anno.

L'indicato periodo di un anno decorre altresì dall'ultima richiesta di variazione effettuata.

Si ricorda che la richiesta di variazione deve pervenire al Fondo entro e non oltre il 15 del mese affinché la riallocazione possa essere effettuata con il valore quota calcolato con riferimento all'ultimo giorno del mese. Le richieste che dovessero pervenire al Fondo Pensione dopo il termine stabilito verranno processate entro la fine del mese successivo.

### 4. VARIAZIONE DATI

Comunica le seguenti variazioni (spazio da utilizzare per eventuali modifiche o correzioni dei dati in precedenza forniti dall'aderente)

Data Compilazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

#### AVVERTENZE

#### Leggere attentamente prima di sottoscrivere il Modulo

1. La richiesta di switch dovrà essere inviata, tramite posta, all'indirizzo:

**FONDOSANITA' - Via Po, 22 - 00198 Roma - ovvero - Tramite PEC all'indirizzo [fondosanita.adesioni@pec.it](mailto:fondosanita.adesioni@pec.it)**

**ovvero - all'indirizzo mail [info@fondosanita.it](mailto:info@fondosanita.it)**

2. L'Aderente può consultare tutte le informazioni, nel loro dettaglio, nello "Statuto del Fondo" e nella "Nota Informativa" che si trovano sul sito [www.fondosanita.it](http://www.fondosanita.it).

3. Per eventuali chiarimenti si prega di contattare i numeri di tel. Pubblicati sul sito del Fondo.



## **INFORMATIVA PRIVACY**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016, "Fondo Pensione Complementare a Capitalizzazione per gli Esercenti le Professioni Sanitarie" con sede in Via Po, 22 - 00198 Roma, Titolare del trattamento, La informa che, il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per la gestione della sua richiesta di variazione del comparto; il conferimento dei dati è necessario per perseguire le finalità menzionate. La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto al fondo e la conseguente determinazione del rapporto associativo, nonché gli obblighi di legge. La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dall'art. 15 e ss. del Regolamento EU 679/2016, scrivendo a [privacy@fondosanita.it](mailto:privacy@fondosanita.it) . L'informativa completa potrà essere visionata sul sito web del fondo [www.fondosanita.it](http://www.fondosanita.it), nella sezione privacy