

Modulo valido per Sistema Forza

Luogo e data _____

Domanda di versamento successivo N. _____
 Domanda di rimborso N. _____
 Domanda di passaggio programmato N. _____
 Domanda di rimborso programmato N. _____

DATI RELATIVI ALL'INTESTAZIONE DEL RAPPORTO

INTESTATARIO

Cognome e Nome / Denominazione sociale _____ Cod. pos. _____

Indirizzo di residenza (fiscale) / sede sociale _____ Comune di residenza (fiscale) / sede sociale _____ CAP _____ Provincia _____ Telefono _____

COINTESTATARIO LEGALE RAPPRESENTANTE

Cognome e Nome / Denominazione sociale _____

COINTESTATARIO

Cognome e Nome / Denominazione sociale _____

DATI RELATIVI A CHI EFFETTUA L'OPERAZIONE

Codice Cliente _____ Cognome e Nome / Ragione sociale _____

Data di nascita _____ Comune di nascita / sede sociale _____ Provincia _____

Codice Fiscale / Partita IVA _____ Documento _____ Numero _____ Data rilascio _____ Rilasciato da _____

Dichiaro/Dichiariamo di non essere "Soggetto Statunitense" (come definito nella Regulation S ai sensi dell'Act del 1933, e successive modifiche e integrazioni) e/o di non effettuare sottoscrizioni per conto di un Soggetto Statunitense. Mi impegno/Ci impegniamo a comunicare prontamente a codesta SGR l'eventuale mutamento del mio/nostro status ai sensi della disciplina statunitense. In possesso dei requisiti previsti dalla Legge, chiedo/chiediamo di effettuare:

Versamento successivo Rimborso Rimborso/Passaggio programmato relativo alla domanda di sottoscrizione N. _____

a) Fondo _____ Classe _____

Importo (in cifre) _____ (in lettere) _____ o (solo per passaggio programmato)

per N. quote _____ Totale N. quote _____ Parziale N. quote _____

Versamento successivo Rimborso Rimborso/Passaggio programmato relativo alla domanda di sottoscrizione N. _____

b) Fondo _____ Classe _____

Importo (in cifre) _____ (in lettere) _____ o (solo per passaggio programmato)

per N. quote _____ Totale N. quote _____ Parziale N. quote _____

Versamento successivo Rimborso Rimborso/Passaggio programmato relativo alla domanda di sottoscrizione N. _____

c) Fondo _____ Classe _____

Importo (in cifre) _____ (in lettere) _____ o (solo per passaggio programmato)

per N. quote _____ Totale N. quote _____ Parziale N. quote _____

Versamento successivo Rimborso Rimborso/Passaggio programmato relativo alla domanda di sottoscrizione N. _____

d) Fondo _____ Classe _____

Importo (in cifre) _____ (in lettere) _____ o (solo per passaggio programmato)

per N. quote _____ Totale N. quote _____ Parziale N. quote _____

PASSAGGIO PROGRAMMATO

a) nel Fondo _____ Classe _____ b) nel Fondo _____ Classe _____ c) nel Fondo _____ Classe _____ d) nel Fondo _____ Classe _____

Da effettuarsi con cadenza mensile bimestrale trimestrale quadrimestrale semestrale annuale

MODALITÀ DI VERSAMENTO

Il versamento viene effettuato a mezzo:

ASSEGNO BANCARIO non trasferibile da me emesso ovvero girato con clausola di non trasferibilità all'ordine di "ANIMA SGR S.p.A." - conto transitorio.

Fondo	Classe	Assegno N.	Banca
Fondo	Classe	Assegno N.	Banca
Fondo	Classe	Assegno N.	Banca
Fondo	Classe	Assegno N.	Banca

BONIFICO BANCARIO con addebito sul c/c identificato da IBAN:

Cod. Paese	CIN IBAN	CIN	Cod. ABI	CAB	Numero conto corrente
------------	----------	-----	----------	-----	-----------------------

a favore di Fondo/Comparto _____

RIMBORSI PROGRAMMATI

Avendo disposto l'immissione delle quote sottoscritte nel certificato cumulativo, chiedo/chiediamo che sia predisposto un rimborso programmato per:

Importo _____ con cadenza mensile bimestrale trimestrale quadrimestrale semestrale annuale
o per N. quote _____

il giorno 1 / 15 oppure a discrezione del/i richiedente/i a partire dal mese _____ anno _____ fino al mese _____ anno _____ fino a revoca.

MODALITÀ DI RIMBORSO

Il rimborso richiesto dovrà essere effettuato:

mediante accredito sul CONTO CORRENTE identificato da IBAN

Cod. Paese	CIN IBAN	CIN	Cod. ABI	CAB	Numero conto corrente
------------	----------	-----	----------	-----	-----------------------

presso la Banca _____ Filiale di _____ tramite BONIFICO.

mediante ASSEGNO CIRCOLARE non trasferibile, all'ordine del sottoscritto, inviato a spese dello stesso a mezzo raccomandata A/R al sopraindicato indirizzo.

CERTIFICATI

Le suddette quote e/o frazioni provengono dalla/e domanda/e di sottoscrizione n. _____ / n. _____ / n. _____ e sono:

rappresentate dal/i certificato/i nominativo/i intestato/ia: _____

n. _____ / n. _____ / n. _____ allegato/i alla presente richiesta per complessive n. _____ quote;

a Vostra disposizione presso il Depositario;

immesse nel certificato cumulativo rubrica intestata a: _____

FIRME

Prendo/Prendiamo atto che il Collocatore ha facoltà di raccogliere la firma del Sottoscrittore anche mediante Firma Elettronica Avanzata o digitale. La SGR dà per conosciuta l'accettazione del Sottoscrittore al momento della firma del presente modulo.

Intestatario _____ Cointestatario _____ Cointestatario/Legale rappresentante _____

Ai sensi dell'articolo 30 del D. Lgs. 58/1998 l'operazione di sottoscrizione è avvenuta: in sede fuori sede

Ente collocatore Codice ABI _____ CAB _____ Cod. Consulente Finanziario abilitato all'offerta fuori sede _____

Cognome e Nome _____ Firma _____

Visto per regolarità ed autenticità della data di ricezione della domanda, della firma e della compilazione del presente modulo e identificazione dei richiedenti.

_____ Timbro e firma