

**MODULO PER CAMBIO COLLOCATORE**

Richiesta di trasferimento SICAV

Spettabile

(collocatore uscente)

Spettabile

BNL S.p.A.- DPAC-APAC Investimenti

Via del Mulino, 9

20057 Assago (MI)

**INTESTATARIO**

Cognome e nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Comune di nascita

Provincia

**COINTESTATARI**

**1° Cointestatario**

Cognome e nome

Codice Fiscale

Data di nascita

**2° Cointestatario**

Comune di nascita

Provincia

Cognome e nome

Codice Fiscale

Data di nascita

**3° Cointestatario**

Comune di nascita

Provincia

Cognome e nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Comune di nascita

Provincia

Il/i Sottoscrittore/i sopra indicato/i richiede/no il trasferimento delle sottoelencate SICAV

dal collocatore al collocatore BNL S.p.A., sul dossier titoli nr.

**DETTAGLIO DELLE QUOTE SICAV DA TRASFERIRE**

(\*) Numero identificativo presso il collocatore uscente

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numero posizione (\*)** | **Nome del comparto** | **Classe di Azioni** | **Codice ISIN** | **Divisa** | **Numero Quote** | **Proventi** |
| **Acc** | **Dist.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**MODALITA’ DI PAGAMENTO PROVENTI**

In caso di azioni a distribuzione di proventi, il/i sottoscrittore/i chiede/no che i dividendi siano reinvestiti

siano pagati mediante accredito sul conto corrente

Agenzia/Filiale

Intestato a (il c/c deve essere intestato ad almeno uno dei Sottoscrittori)

**FIRME**

Firma intestatario

Firma 2° intestatario

Firma 1° intestatario

Firma 3° intestatario

 ,

Luogo e data

**SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA**

Il Sottoscritto Ai sensi della normativa antiriciclaggio e relativi regolamenti attuativi vigenti, in qualità di Soggetto incaricato dell'adeguata veriﬁca, attesta con la presente sottoscrizione di aver svolto tutte le attività prescritte a suo carico dalla normativa di riferimento.

Luogo e data

,

Firma del soggetto incaricato dell'adeguata veriﬁca