

Il presente modulo è valido ai fini del rimborso in Italia di Quote di AXA IM Equity Trust.

NUMERO DI CONTO DEL CLIENTE _____

PRIMO SOTTOSCRITTORE

Persona Fisica Società o Ente (*)

Cognome e Nome/Denominazione Sociale _____ Sesso M F

Luogo di nascita _____ Data di nascita ___/___/_____ Cap _____ Prov. ___

Città _____ C.F. / P. IVA _____

(*) In caso di Società o Enti, si prega di indicare i dati relativi alla persona fisica dotata dei necessari poteri di rappresentanza nel riquadro successivo.

SECONDO SOTTOSCRITTORE In caso di Società o Ente, indicare persona fisica con poteri di rappresentanza (Barrare se inesistente)

Cognome e Nome/Denominazione Sociale _____ Sesso M F

Luogo di nascita _____ Data di nascita ___/___/_____ Cap _____ Prov. ___

Città _____ C.F. / P. IVA _____

TERZO SOTTOSCRITTORE (Barrare se inesistente)

Cognome e Nome/Denominazione Sociale _____ Sesso M F

Luogo di nascita _____ Data di nascita ___/___/_____ Cap _____ Prov. ___

Città _____ C.F. / P. IVA _____

QUARTO SOTTOSCRITTORE (Barrare se inesistente)

Cognome e Nome/Denominazione Sociale _____ Sesso M F

Luogo di nascita _____ Data di nascita ___/___/_____ Cap _____ Prov. ___

Città _____ C.F. / P. IVA _____

In caso di più sottoscrittori, ciascun sottoscrittore potrà impartire istruzioni ad AXAIM Equity Trust in modo disgiunto

Il/I Sottoscrittore/i richiede/richiedono il rimborso delle seguenti Quote di AXA IM Equity Trust, come di seguito precisato:

Rimborso di Quote sottoscritte mediante:

- Versamento in Unica Soluzione (PIC)** **Piano di Accumulo (PAC)**

Nome Comparto	Valuta della Classe	Classe di Quote	Numero di Quote possedute	Numero di Quote da disinvestire

- con estinzione del Piano di Accumulo (PAC)**

Modalità di rimborso

Il pagamento del controvalore delle Quote rimborsate, al netto delle eventuali imposte e tasse previste dalla normativa vigente, verrà effettuato con le seguenti modalità:

Divisa di rimborso _____

Bonifico bancario sul c/c _____ intestato a _____
presso _____ Filiale di _____

IBAN _____

Assegno bancario non trasferibile intestato al sottoscrittore firmatario del presente modulo da inviare, a suo rischio e spese, all'indirizzo del Primo Sottoscrittore ovvero al seguente indirizzo:

Luogo e Data _____

Firma primo Sottoscrittore

Firma terzo Sottoscrittore

Firma secondo Sottoscrittore

Firma quarto Sottoscrittore

SPAZIO RISERVATO AI SOGGETTI INCARICATI DEL COLLOCAMENTO

Si dichiara di aver proceduto personalmente, anche ai sensi della L. 197/1991 e del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni, all'identificazione del/i Sottoscrittore/i i cui dati sono riportati fedelmente negli appositi spazi.

Soggetto Collocatore _____

Cognome e Nome del Consulente Finanziario/Dipendente _____

Luogo e Data _____

Firma del Consulente Finanziario / Dipendente _____

Codice _____ Timbro _____