



MODULO DI RIMBORSO PROGRAMMATO

DENOMINAZIONE DEL FONDO

(indicare il nome del Fondo sottoscritto)

Spett.le
NorVega SGR S.p.A.
Largo Donegani n. 2, ang. Via della Moscova n. 3
20121 Milano

Luogo _____

Codice Fondo:
(vedi tabella sul retro)

N. _____

Data _____

Codice Iniziativa _____

GENERALITÀ RICHIEDENTE

Ai sensi di quanto disposto dal Regolamento di gestione del Fondo ed in possesso dei requisiti di legge, il sottoscritto:

Cognome e nome / Denominazione / Ragione sociale _____ Luogo di nascita - Sede sociale _____ Prov. _____ Data di nascita _____ Sesso _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Documento d'Identità _____ numero _____ rilasciato il _____ da _____

Codice Professione _____ Persona giuridica _____

SAE _____ ATECO _____ Codice Fiscale _____

Il partecipante è titolare del rapporto: _____

CERTIFICATO DI PROVENIENZA

Titolare delle quote inserite nel certificato cumulativo presso la Banca depositaria con numero _____

IMPORTO DEL RIMBORSO

Richiede, per ogni operazione, il rimborso programmato di:

quote n. _____ o alternativamente _____

(Indicare divisa e importo in lettere - Solo certificato cumulativo)

MODALITÀ DI RIMBORSO

Nelle seguenti modalità:

dal _____ con cadenza di (1-2-3-4-6-12) _____ mesi
(data 1° rimborso)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Mediante (vedi legenda a lato) _____

con 1 o 2.3 specificare: _____

IBAN _____

LEGENDA

- 1 accredito in conto corrente (A)
- 2 altre modalità
 - 2.1 ritiro in contanti presso la Banca incaricata
 - 2.2 assegno circolare della Banca depositaria (I)
 - 2.3 bonifico su altra Banca (B)

FIRME

Timbro e firma del soggetto incaricato del collocamento/
promotore finanziario

Firma sottoscrittore/soggetto che instaura il rapporto _____

Codice ABI _____ CAB _____

firma 1° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare _____

firma 2° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare _____

Luogo _____

firma 3° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare _____

firma 4° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare _____

Data _____

firma 1° delegato _____

firma 2° delegato _____



MODULO DI RIMBORSO PROGRAMMATO

DENOMINAZIONE DEL FONDO

(indicare il nome del Fondo sottoscritto)

Spett.le
NorVega SGR S.p.A.
Largo Donegani n. 2, ang. Via della Moscova n. 3
20121 Milano

Luogo _____

Codice Fondo:
(vedi tabella sul retro)

N. _____

Data _____

Codice Iniziativa _____

GENERALITÀ RICHIEDENTE

Ai sensi di quanto disposto dal Regolamento di gestione del Fondo ed in possesso dei requisiti di legge, il sottoscritto:

Cognome e nome / Denominazione / Ragione sociale _____ Luogo di nascita - Sede sociale _____ Prov. _____ Data di nascita _____ Sesso _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Documento d'Identità _____ numero _____ rilasciato il _____ da _____

Codice Professione _____ Persona giuridica _____

SAE _____ ATECO _____ Codice Fiscale _____

Il partecipante è titolare del rapporto: _____

CERTIFICATO DI PROVENIENZA

Titolare delle quote inserite nel certificato cumulativo presso la Banca depositaria con numero _____

IMPORTO DEL RIMBORSO

Richiede, per ogni operazione, il rimborso programmato di:

quote n. _____ o alternativamente _____

(Indicare divisa e importo in lettere - Solo certificato cumulativo)

MODALITÀ DI RIMBORSO

Nelle seguenti modalità:

dal _____ con cadenza di (1-2-3-4-6-12) _____ mesi
(data 1° rimborso)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Mediante (vedi legenda a lato) _____

con 1 o 2.3 specificare: _____

IBAN _____

LEGENDA

- 1 accredito in conto corrente (A)
- 2 altre modalità
 - 2.1 ritiro in contanti presso la Banca incaricata
 - 2.2 assegno circolare della Banca depositaria (I)
 - 2.3 bonifico su altra Banca (B)

FIRME

Timbro e firma del soggetto incaricato del collocamento/
promotore finanziario

Firma sottoscrittore/soggetto che instaura il rapporto _____

Codice ABI _____ CAB _____

firma 1° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare _____

firma 2° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare _____

Luogo _____

firma 3° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare _____

firma 4° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare _____

Data _____

firma 1° delegato _____

firma 2° delegato _____



MODULO DI RIMBORSO PROGRAMMATO

DENOMINAZIONE DEL FONDO

(indicare il nome del Fondo sottoscritto)

Spett.le
NorVega SGR S.p.A.
Largo Donegani n. 2, ang. Via della Moscova n. 3
20121 Milano

Luogo

Codice Fondo:
(vedi tabella sul retro)

N.

Data

Codice Iniziativa

GENERALITÀ RICHIEDENTE

Ai sensi di quanto disposto dal Regolamento di gestione del Fondo ed in possesso dei requisiti di legge, il sottoscritto:

Cognome e nome / Denominazione / Ragione sociale _____ Luogo di nascita - Sede sociale _____ Prov. _____ Data di nascita _____ Sesso _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Documento d'Identità _____ numero _____ rilasciato il _____ da _____

Codice Professione _____ Persona giuridica _____

SAE _____ ATECO _____ Codice Fiscale _____

Il partecipante è titolare del rapporto: _____

CERTIFICATO DI PROVENIENZA

Titolare delle quote inserite nel certificato cumulativo presso la Banca depositaria con numero _____

IMPORTO DEL RIMBORSO

Richiede, per ogni operazione, il rimborso programmato di:

quote n. _____ o alternativamente _____

(Indicare divisa e importo in lettere - Solo certificato cumulativo)

MODALITÀ DI RIMBORSO

Nelle seguenti modalità:

dal _____ con cadenza di (1-2-3-4-6-12) _____ mesi
(data 1° rimborso)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Mediante (vedi legenda a lato) _____

con 1 o 2.3 specificare: _____

IBAN

LEGENDA

- 1 accredito in conto corrente (A)
- 2 altre modalità
- 2.1 ritiro in contanti presso la Banca incaricata
- 2.2 assegno circolare della Banca depositaria (I)
- 2.3 bonifico su altra Banca (B)

FIRME

Timbro e firma del soggetto incaricato del collocamento/
promotore finanziario

Firma sottoscrittore/soggetto che instaura il rapporto _____

Codice ABI _____ CAB _____

_____ firma 1° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare

_____ firma 2° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare

Luogo _____

_____ firma 3° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare

_____ firma 4° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare

Data _____

_____ firma 1° delegato

_____ firma 2° delegato



MODULO DI RIMBORSO PROGRAMMATO

DENOMINAZIONE DEL FONDO

(indicare il nome del Fondo sottoscritto)

Spett.le
NorVega SGR S.p.A.
Largo Donegani n. 2, ang. Via della Moscova n. 3
20121 Milano

Luogo _____

Codice Fondo:
(vedi tabella sul retro)

N. _____

Data _____

Codice Iniziativa _____

GENERALITÀ RICHIEDENTE

Ai sensi di quanto disposto dal Regolamento di gestione del Fondo ed in possesso dei requisiti di legge, il sottoscritto:

Cognome e nome / Denominazione / Ragione sociale _____ Luogo di nascita - Sede sociale _____ Prov. _____ Data di nascita _____ Sesso _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Documento d'Identità _____ numero _____ rilasciato il _____ da _____

Codice Professione _____ Persona giuridica _____

SAE _____ ATECO _____ Codice Fiscale _____

Il partecipante è titolare del rapporto: _____

CERTIFICATO DI PROVENIENZA

Titolare delle quote inserite nel certificato cumulativo presso la Banca depositaria con numero _____

IMPORTO DEL RIMBORSO

Richiede, per ogni operazione, il rimborso programmato di:

quote n. _____ o alternativamente _____

(Indicare divisa e importo in lettere - Solo certificato cumulativo)

MODALITÀ DI RIMBORSO

Nelle seguenti modalità:

dal _____ con cadenza di (1-2-3-4-6-12) _____ mesi
(data 1° rimborso)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Mediante (vedi legenda a lato) _____

con 1 o 2.3 specificare: _____

IBAN

LEGENDA

- 1 accredito in conto corrente (A)
- 2 altre modalità
 - 2.1 ritiro in contanti presso la Banca incaricata
 - 2.2 assegno circolare della Banca depositaria (I)
 - 2.3 bonifico su altra Banca (B)

FIRME

Timbro e firma del soggetto incaricato del collocamento/
promotore finanziario

Firma sottoscrittore/soggetto che instaura il rapporto _____

_____ firma 1° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare _____ firma 2° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare

Codice ABI _____ CAB _____

_____ firma 3° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare _____ firma 4° cointestatario/soggetto autorizzato ad operare

Luogo _____

Data _____

_____ firma 1° delegato _____ firma 2° delegato

COPIA PER IL SOTTOSCRITTORE/SOGGETTO CHE INSTAURA IL RAPPORTO

Codice Interno	Fondo	Codice Interno	Fondo
FP	Civiale Forum Iulii Prudenza Classe A	O1	Civiale Forum Iulii Prudenza Classe B
FR	Civiale Forum Iulii Rendita Classe A	O2	Civiale Forum Iulii Rendita Classe B
FA	Civiale Forum Iulii Azione Classe A	O0	Civiale Forum Iulii Azione Classe B
FS	Civiale Forum Iulii Strategia Classe A	O3	Civiale Forum Iulii Strategia Classe B