



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



Fondswechsel / Passaggio Fondo

(bitte in Druckschrift ausfüllen / prego compilare in stampatello)

Der/die Unterfertigte (Nachname Name)

Il/la sottoscritto/a (Cognome Nome) _____

Geboren am

Nato/a il _____

Eingeschrieben seit

Isritto dal _____

Betrieb

Azienda _____

Beruf

Professione _____

Wohnhaft in (Straße/Platz)

Residente in (Via/Piazza) _____

PLZ

Cap _____

Gemeinde

Comune _____

Provinz

Provincia _____

Telefon

Telefono _____

E-Mail _____

derzeitiger Fonds

Collocato nel Fondo _____

**beantragt
chiede**

den Wechsel zum Fonds

il passaggio al fondo _____

Jeder Fondswechsel tritt ab 1. Januar des darauffolgenden Jahres, in welchem der Antrag gestellt wurde, in Kraft.

Datum der Verwaltung des neuen Fonds:

1. Januar 20__

Tutti i passaggi di fondo hanno decorrenza dal 1 gennaio dell'anno successivo alla domanda.

Data di collocazione nella nuova prestazione: 1 gennaio 20__

Ort und Datum

Luogo e data

Unterschrift des Mitglieds

Firma del socio

Unterschrift des Vertreters von Mutual Help

Firma del rappresentante di Mutual Help
