

**Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente da investitori che abbiano già sottoscritto Quote di Comparti di AXA IM Fixed Income Investment Strategies e che intendano effettuare ulteriori operazioni di sottoscrizione.**

**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 AXA IM Fixed Income Investment Strategies in modo disgiunto.

## DESCRIZIONE DELL'INVESTIMENTO

**Il/I Sottoscritto/i, che ho/hanno già investito in quote di AXA IM Fixed Income Investment Strategies, richiede/richiedono di effettuare un ulteriore investimento secondo le modalità di seguito precisate:**

Nome Comparto	Classe Azioni (E,F)	Valuta della Classe	Importo lordo Versamento Aggiuntivo (PIC)	Comm.ne di sottoscrizione (%)
Totali				

### Modalità di pagamento

Nel caso di utilizzo di tecniche di comunicazione a distanza i mezzi di pagamento utilizzabili sono esclusivamente i bonifici bancari o l'addebito in conto.

**ASSEGNI BANCARI O CIRCOLARI**

L'importo viene corrisposto mediante: Assegno Bancario/Assegno Circolare emesso da uno dei sottoscrittori all'ordine di AXA Funds Management S.A. - non trasferibile. Solo per importi inferiori a 1.000 Euro - ovvero al diverso importo di volta in volta stabilito dalla legge - l'assegno può essere altresì, emesso all'ordine di uno dei sottoscrittori e da questi girato ad Axa Funds Management S.A. - non trasferibile.

Tipo Assegno (*)	Numero Assegno	Banca	Divisa	Importo in Euro

(\*) AB = Assegno bancario; AC= Assegno circolare

TOTALE ASSEGNI \_\_\_\_\_

**Si prega di notare che gli assegni sono accettati salvo buon fine**

**BONIFICO BANCARIO SUI C/C INTESTATI AD AXA Funds Management S.A.**

L'importo viene corrisposto mediante: Assegno Bancario/Assegno Circolare emesso da uno dei sottoscrittori all'ordine di AXA Funds Management

Tramite la Banca \_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Axa Funds Management S.A. presso il proprio Soggetto Incaricato dei Pagamenti, ovvero presso l'intermediario abilitato. Copia della disposizione deve essere allegata al presente modulo.

**I bonifici sono accreditati con valuta entro il giorno lavorativo successivo al giorno di valuta riconosciuto dalla banca ordinante.**

**ADDEBITO DIRETTO IN CONTO**

A valere sul c/c n. \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

intrattenuto dal/i Sottoscrittore/i presso la Banca Collocatrice \_\_\_\_\_

Se il Collocatore è Ente Mandatario, lo stesso provvede successivamente, in forza del mandato ricevuto dal/i Sottoscrittore/i al trasferimento della somma al Soggetto Incaricato dei Pagamenti.

**Non è possibile effettuare sottoscrizioni con versamenti in contanti o con mezzi di pagamento diversi da quelli sopraindicati.**

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 \_\_\_\_\_