

Piano Individuale Pensionistico – Fondo Pensione

MODULO DI ADESIONE

Il presente modulo di sottoscrizione costituisce parte integrante e necessaria della Nota Informativa del Piano Individuale Pensionistico FEELGOOD

Agenzia _____

Codice _____

DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: _____

Indirizzo: _____ Cap: _____ Comune: _____ Prov.: _____

Luogo di nascita: _____ Prov.: _____ Stato: _____

Data di nascita: ___/___/___ Cod. Fiscale: _____ Stato civile: _____

Professione: _____ Tipo di documento: _____ Num. Di documento: _____

Data di rilascio: ___/___/___ Autorità di rilascio: _____ Località di rilascio: _____

CONTRIBUZIONE

- PREMIO/CONTRIBUTO DELL'ADERENTE _____ +
- CARICAMENTO PER SPESE DI ADESIONE _____ **10 euro** =
- **PREMIO VERSATO (1)** _____

- CONTRIBUTO TFR (compilare solo se l'Aderente è un lavoratore dipendente) 100% del TFR Altra percentuale del TFR ____,_%
- CONTRIBUTO DATORE DI LAVORO (compilare solo se l'Aderente è un lavoratore dipendente) Percentuale della retribuzione assunta per il calcolo del TFR ____,_% Importo annuo costante € _____

Periodicità dei versamenti (*): ANNUALE SEMESTRALE TRIMESTRALE MENSILE

Variabilità del premio: COSTANTE CRESCENTE DEL ____% ANNUO

Modalità di pagamento: RID AGENZIA (escluso frazionamento mensile)

(*): Nel caso in cui l'aderente scelga la periodicità mensile, l'importo indicato al punto (1) è quello relativo ai primi tre mesi. Trascorsi i primi tre mesi, l'importo che verrà addebitato tramite RID è quello versato al punto (1) diviso 3.

LINEE DI INVESTIMENTO

ITALIANA LINEA PRUDENTE
____%

ITALIANA LINEA EQUILIBRIO
____%

ITALIANA LINEA FUTURO
____%

VERSAMENTO AGGIUNTIVO

PREMIO AGGIUNTIVO LORDO € _____ ALLA POLIZZA N. _____

BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE

In base al D.Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252, art. 14 co. 3, in caso di morte dell'Aderente l'intera posizione è riscattata dagli Eredi, ovvero dai diversi beneficiari dallo stesso designati, siano esse persone fisiche o giuridiche.

Indicare qui di seguito **solo eventuali diversi beneficiari designati**:

cognome, nome, luogo e data di nascita _____

GARANZIA ACCESSORIA INVALIDITA'

SI

In caso di sottoscrizione della garanzia accessoria per invalidità totale e permanente, l'aderente dichiara:

- di non essere portatore di invalidità permanenti conseguenti a Infortunio o Malattia;
- di presentare postumi di invalidità permanenti consistenti in:

prendendo atto che saranno indennizzate dalla presente garanzia soltanto le conseguenze di infortuni o malattie che si sarebbero comunque verificate su una persona fisicamente integra e sana, con esclusione del pregiudizio riconducibile alla situazione sopra citata.

_____, li ___/___/____ **Firma dell'Aderente** _____

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO POSIZIONE (eventuale)

Il sottoscritto, sussistendo le condizioni di cui all'art.14 del D.Lgs. 5 dicembre 2005, n.252 dichiara di aderire al Piano Individuale Pensionistico FEELGOOD. A tal fine specifica:

che si trasferisce dalla seguente forma pensionistica:

Denominazione _____ Istituita da _____

(con la presente autorizza Italiana Assicurazioni S.p.A. a richiedere il trasferimento della posizione individuale, con tutte le informazioni ad essa inerenti, al Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo FEELGOOD, anche a seguito di istruzioni già impartite al predetto Fondo pensione)

Pagamento del premio: il primo premio è versato direttamente in agenzia. Qualora il premio fosse superiore a 50.000 euro dovrà essere rimesso a mezzo bonifico bancario sul conto corrente bancario N. 10397107 - CAB 1000 - ABI 3138 intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A. presso BANCA REALE S.p.A. - Corso Vittorio Emanuele II, 101 - 10128 Torino TO indicando come causale: **CODICE AGENZIA - FEELGOOD - COGNOME DELL'ADERENTE. Codice IBAN: IT38 T031 3801 0000 0001 0397 107.**

Revoca del Modulo di adesione: prima dell'entrata in vigore del contratto, l'aderente può revocare l'adesione tramite raccomandata inviata a Italiana Assicurazioni S.p.A. ed in tal caso verrà rimborsato, entro 30 giorni dalla revoca stessa, l'intero ammontare del premio eventualmente versato al netto del caricamento per spese di adesione effettivamente sostenute.

Diritto di Recesso: entro 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, l'aderente può, inviando una raccomandata a Italiana Assicurazioni S.p.A., recedere dal contratto. Il recesso decorre dalla data di comunicazione quale risulta dal timbro postale di invio ed ha effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto stesso. Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso, Italiana Assicurazioni S.p.A. rimborsa all'aderente il premio da questi corrisposto al netto del caricamento per spese di adesione effettivamente sostenute.

Avvertenze: Il sottoscritto è responsabile della completezza e della veridicità delle informazioni fornite nel presente modulo ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti e si impegna a comunicare alla Società ogni variazione che dovesse intervenire.

Firma dell'Aderente _____

Avvertenze: Il sottoscritto dichiara che gli sono stati consegnati e che ha preso visione del Regolamento, della Nota Informativa e delle Condizioni generali di contratto prima dell'adesione a FEELGOOD.

Firma dell'Aderente _____

Nel caso di pagamento del premio con mezzi non direttamente indirizzati all'Impresa, ovvero all'Agente nella sua qualità di intermediario dell'Impresa, la prova dell'avvenuto pagamento del premio alla Compagnia è rappresentata dall'indicazione dell'importo pagato e dalla apposizione della firma del soggetto che provvede materialmente alla riscossione delle somme e alla raccolta del presente modulo di adesione.

Si dà quietanza dell'importo di euro _____ che viene versato oggi a mezzo assegno o bonifico bancario, salvo buon fine.

Firma del soggetto incaricato alla riscossione:

_____ in _____ li, _____