

**MODULO DI ADESIONE
 PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO - FONDO PENSIONE**

AGENZIA GENERALE				Codice	
SUB AGENZIA				Zona di incasso	
Modulo di Adesione N°	C. Prova	Prodotto	Codice tariffa	Convenzione	
		INA ASSITALIA PRIMO	419EY		
Data sottoscrizione	Proposta raccolta in regime di L.P.S.				
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

QUESTO MODULO DI ADESIONE E' PARTE INTEGRANTE E NECESSARIA DELLA NOTA INFORMATIVA

Le adesioni vengono acquisite in attesa del procedimento di approvazione del Regolamento da parte della COVIP, sulla base di una preliminare comunicazione di adeguamento regolamentare: pertanto, gli effetti dell'adesione stessa si perfezioneranno solo a seguito del conseguimento dell'approvazione della COVIP.

DATI ANAGRAFICI DELL'ADERENTE

Titolo		Cognome						
Codice		Nome					Sesso	
							M F	
Comune di nascita		Codice	Prov.	Data di nascita	Codice Fiscale			
Comune o stato estero di residenza		C.A.P.	Prov.	Indirizzo		N. civ.	Recapito telefonico	
Altri recapiti utili (tel. Cell., e-mail, etc.)								
Comune o stato estero di domicilio abituale (solo se diverso dalla residenza)		C.A.P.	Prov.	Indirizzo		N. civ.	Cittadinanza	
Tipo documento		N° documento		Luogo di rilascio		Rilasciato da		Data di rilascio
Occupazione principale		Descrizione attività economica		Ramo / gruppo	Codice	Sottogruppo	Codice	
Recapito di contratto		Indirizzo		N. civ.	C.A.P.	Comune		Prov.

ESERCENTE LA POTESTA'/TUTORE PER EVENTUALI ADERENTI MINORI O INCAPACI

Titolo		Cognome						
Codice		Nome					Sesso	
							M F	
Comune di nascita		Prov.	Data di nascita	Codice Fiscale / Partita IVA				
Comune di residenza		C.A.P.	Prov.	Indirizzo		N. civ.		
Tipo documento		N° documento		Luogo di rilascio		Rilasciato da		Data di rilascio

DATI DEL DATORE DI LAVORO

Denominazione Azienda	Ramo Attività	Settore Attività
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice Fiscale	Partita IVA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di Costituzione	<input type="text"/>	
Comune della Sede Legale	C.A.P.	Prov.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo Sede Legale		N. civ.
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Recapito telefonico		
<input type="text"/>		

DATI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DEL DATORE DI LAVORO

Titolo	Cognome				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Codice	Nome				Sesso
<input type="text"/>	<input type="text"/>				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Comune di nascita	Codice	Prov.	Data di nascita	Codice Fiscale / Partita IVA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Comune o stato estero di residenza	C.A.P.	Prov.	Indirizzo	N. civ.	Recapito telefonico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altri recapiti utili (tel. Cell., e-mail, etc.)					
<input type="text"/>					
Comune o stato estero di domicilio abituale (solo se diverso dalla residenza)		C.A.P.	Prov.	Indirizzo	N. civ.
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo documento	N° documento	Luogo di rilascio		Rilasciato da	Data di rilascio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Occupazione principale	Descrizione attività economica		Ramo / gruppo	Codice	Sottogruppo
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Codice	Codice	
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	

BENEFICIARI DEL RISCATTO della posizione individuale in caso di premorienza dell'Aderente

(in caso di designazione nominativa indicare cognome, nome, luogo e data di nascita)

<input type="text"/>

DATI TECNICI

Data effetto	Durata (aa/mm)	Età a scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contributo annuo dichiarato iniziale (*): Importo Euro..... Versamento iniziale (**): Importo Euro.....		
Periodicità del versamento dei contributi ann. <input type="checkbox"/> sem. <input type="checkbox"/> quadr. <input type="checkbox"/> trim. <input type="checkbox"/> bim. <input type="checkbox"/> mens. <input type="checkbox"/>		
(*) comprensivo dei diritti di quietanza (**) comprensivo dei diritti di quietanza e delle spese di adesione pari a 10,00 Euro		
CONTRIBUTO TFR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTRIBUTO DATORE DI LAVORO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Il versamento del TFR e degli altri contributi previsti per il lavoratore dipendente potranno avvenire, previa approvazione del Regolamento di questa forma pensionistica individuale da parte della COVIP e iscrizione all'albo, solo dal 1° luglio 2007, anche con riguardo al periodo compreso tra la data di adesione ed il 30 giugno 2007.

I contributi dell'aderente (lavoratore autonomo e liberi professionisti) potranno essere versati subordinatamente all'approvazione degli adeguamenti alla nuova normativa di questa forma pensionistica complementare da parte della COVIP e all'iscrizione all'albo della stessa.

MODALITA' DI PAGAMENTO

PAGAMENTO IN PROPOSTA DELL'IMPORTO CORRISPONDENTE AL PRIMO CONTRIBUTO

Qualora l'Aderente, nel sottoscrivere il presente modulo di adesione, corrisponda un importo equivalente a quello del primo contributo, il versamento si intende effettuato ad esclusivo titolo di deposito provvisorio in attesa della accettazione del modulo stesso da parte della Compagnia. Il suddetto versamento dovrà avvenire mediante assegno non trasferibile intestato alla Agenzia Generale indicata nel frontespizio del presente modulo di adesione.

Il versamento eseguito in sede di adesione comporta – ai soli fini economici e finanziari – che la decorrenza del contratto – successivamente emesso da INA ASSITALIA S.p.A. – una volta perfezionato sia quella del medesimo giorno del versamento.

In ogni caso l'assicurazione entra in vigore ed ha quindi efficacia soltanto dal momento in cui l'aderente abbia ricevuto l'originale di polizza e la quietanza definitiva emessa dalla Direzione Generale a fronte del versamento eseguito in sede di adesione.

Qualora la polizza preveda una data di effetto posteriore rispetto a quella in cui vengono espletati i suddetti adempimenti, l'assicurazione entra in vigore dalla sopra menzionata data di effetto.

Una volta che la polizza sia stata emessa, il pagamento dei contributi dovrà tassativamente avvenire secondo le modalità previste dalle Condizioni Generali di Contratto contro il rilascio di regolare quietanza emessa dalla Direzione Generale, ed apposizione di data e firma da parte dell'incaricato alla riscossione.

(1) (AB) ASSEGNO BANCARIO (AC) ASSEGNO CIRCOLARE (AP) ASSEGNO/VAGLIA POSTALE

TIPO ⁽¹⁾	COD. ABI	COD. CAB	NUMERO C/C	N. ASSEGNO	BANCA	IMPORTO IN EURO

PAGAMENTO A MEZZO MOD. DP130 DA COMPILARE A CURA DELL'AGENZIA GENERALE

N. DP130	IMPORTO IN EURO	DATA VERSAMENTO	Estemi di registrazione Rendiconto Cassa Giornaliero (a cura dell'Agenzia Generale)

Indipendentemente dal mezzo di pagamento utilizzato INA ASSITALIA S.p.A. provvederà a riconoscere ad ogni versamento contributivo una data di effetto non successiva alla data del pagamento stesso.

TRASFERIMENTO DA ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE

Denominazione della Forma pensionistica di provenienza

Comune della Sede Legale

C.A.P.

Prov.

Indirizzo Sede Legale

N. civ.

Recapito telefonico

--	--	--	--	--	--

Nominativo del referente

Qualifica di vecchio o nuovo iscritto a fondi pensione V N (indicare V per vecchio iscritto, N per nuovo iscritto)

N.B.: si intende vecchio iscritto il soggetto che alla data del 28/04/1993 aveva già aderito ad un Fondo pensione e successivamente non ha riscattato la relativa posizione previdenziale. Si intende nuovo iscritto il soggetto che ha aderito a Fondi pensione dopo il 28/04/1993 oppure il vecchio iscritto che dopo tale data ha riscattato la posizione previdenziale accesa prima della medesima data.

REVOCA E RECESSO

L'ADERENTE PRENDE ATTO CHE, IN QUALSIASI MOMENTO PRIMA DELLA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, L'ADESIONE E' REVOCABILE E CHE INOLTRE E' POSSILE RECEDERE DAL CONTRATTO ENTRO 30 GG. DECORRENTI DA QUELLO IN CUI IL CONTRATTO STESSO E' CONCLUSO. IL CONTRATTO E' CONCLUSO NEL GIORNO IN CUI L'ADERENTE HA RICEVUTO LA POLIZZA DALLA COMPAGNIA PER IL TRAMITE DELL'AGENZIA GENERALE DI COMPETENZA, OVVERO LA COMUNICAZIONE DELL'ACCETTAZIONE DELL'ADESIONE DA PARTE DI INA ASSITALIA S.p.A.. IL RECESSO E/O LA REVOCA HA L'EFFETTO DI LIBERARE ENTRAMBE LE PARTI DA QUALSIASI OBBLIGAZIONE A DECORRERE DALLE ORE 24 DEL GIORNO DI SPEDIZIONE DELLA COMUNICAZIONE, QUALE RISULTA DAL TIMBRO POSTALE, DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE A MEZZO DI LETTERA RACCOMANDATA A.R. AD INA ASSITALIA S.p.A. SERVIZIO ASSICURAZIONI INDIVIDUALI - VIA M. D'AZEGLIO, 33 - 00184 ROMA. ENTRO 30 GG. DAL RICEVIMENTO DELLA COMUNICAZIONE INA ASSITALIA S.p.A. RIMBORSERA' ALL'ADERENTE, PER IL TRAMITE DELL'AGENZIA GENERALE COMPETENTE, LA SOMMA EVENTUALMETE DA QUESTI CORRISPOSTA.

SIA IN CASO DI REVOCA DELL'ADESIONE CHE DI RECESSO DAL CONTRATTO INA ASSITALIA S.p.A. HA IL DIRITTO DI RECUPERARE LE SPESE EFFETTIVAMENTE SOSTENUTE PER L'EMISSIONE DEL CONTRATTO PARI A EURO 10,00.

AVVERTENZA

L'ADESIONE DEVE ESSERE PRECEDUTA DALLA CONSEGNA E PRESA VISIONE DEL REGOLAMENTO, DELLE CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO E DELLA NOTA INFORMATIVA.

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

- 1) CON LA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO DI ADESIONE, L'ADERENTE ACCETTA DI PARTECIPARE, SECONDO LE MODALITA' PRESCELTE, A **INA ASSITALIA PRIMO PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO - FONDO PENSIONE**, DI CUI HA RICEVUTO IL REGOLAMENTO CHE APPROVA, LA NOTA INFORMATIVA, DI CUI IL PRESENTE MODULO E' PARTE INTEGRANTE E NECESSARIA, LE CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO NONCHE' L'ALLEGATA INFORMATIVA RIGUARDANTE LA TUTELA DELLE PERSONE E DI ALTRI SOGGETTI RISPETTO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI AI SENSI DELLA LEGGE 196/2003.
- 2) L'ADERENTE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI ESSERE IN POSSESSO DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE EVENTUALMENTE RICHIESI.
- 3) L'ADERENTE E' RESPONSABILE DELLA VERIDICITA' E CORRETTEZZA DEI DATI E DELLE INFORMAZIONI FORNITE COL PRESENTE MODULO E SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE ALL'INA ASSITALIA S.p.A., MEDIANTE RACCOMANDATA A.R., OGNI VARIAZIONE DEGLI STESSI CHE DOVESSE INTERVENIRE SUCCESSIVAMENTE ALLA DATA DI ADESIONE.
- 4) DI AVER COMPILATO PERSONALMENTE IL PRESENTE MODULO DI ADESIONE COMPOSTO DA N. 4 PAGINE E CONFERMA LA PROPRIA RESIDENZA INDICATA NEL PRESENTE MODULO.
- 5) DI PRENDERE ATTO CHE, IN BASE ALLE DISPOSIZIONI VIGENTI, IL BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI VITA DELL'ADERENTE A SCADENZA E' L'ADERENTE STESSO E CHE, IN CASO DI SUA PREMORIENZA, BENEFICIARI SONO GLI EREDI OVVERO I DIVERSI BENEFICIARI DESIGNATI DALL'ADERENTE STESSO, SIANO ESSI PERSONE FISICHE O GIURIDICHE. IN MANCANZA DI TALI SOGGETTI LA POSIZIONE INDIVIDUALE VIENE DEVOLUTA A FINALITA' SOCIALI SECONDO LE MODALITA' STABILITE DALLA NORMATIVA VIGENTE.
- 6) DI ESSERE A CONOSCENZA CHE L'ADESIONE SI PERFEZIONA TRAMITE LA COMPILAZIONE COMPLETA E LA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO E DOPO IL VERSAMENTO DEL PRIMO CONTRIBUTO, O IN CASO DI TRASFERIMENTO DA ALTRA FORMA PENSIONISTICA, DEL VALORE CUMULATO PRESSO IL FONDO DI PROVENIENZA.
- 7) **DI AVER PRESO VISIONE DELLE INDICAZIONI IN ORDINE ALLE SPESE E ALLA FACOLTA' DELL'IMPRESA DI VARIARE LE BASI DI CALCOLO, COME PRECISATO NELLE CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO.**

.....
FIRMA DELL'ADERENTE

.....
FIRMA DELL'ESERCENTE LA PODESTA' O DEL TUTORE PER ADERENTI
MINORENNI O INCAPACI

SPAZIO RISERVATO AI CONSULENTI ASSICURATIVI

CODICE PRODUTT.	COMB.NE PRODUTT.	COGNOME E NOME (in stampatello)	FIRMA

FIRMA DEL CONSULENTE ASSICURATIVO SIG. CHE HA RICEVUTO IL PRESENTE MODULO DI ADESIONE FACENTE FEDE DELLA CORRETTA COMPILAZIONE, E DELL'IDENTIFICAZIONE PERSONALE DEI FIRMATARI ANCHE AI SENSI DELLA LEGGE 197/91 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI E MODIFICHE.

FIRMA.....

L'AGENTE GENERALE.....