

Planner – tar. C12 B - Mod. VITA58602 – ed. 3/2016



## Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo – Fondo Pensione

### MODULO DI ADESIONE

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

Agenzia \_\_\_\_\_

Codice \_\_\_\_\_

DATI ANAGRAFICI DELL'ADERENTE				
Cognome	Nome	Codice fiscale		
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Data di nascita _/_/____	Località di nascita	Prov.	Nazione di nascita
Doc. di riconoscimento <sup>1</sup>	N.	Emesso il _/_/____	Luogo di emissione	Ente di rilascio
Residente in		CAP	Località	Prov.
Domiciliato in		CAP	Località	Prov.

TITOLO DI STUDIO DELL'ADERENTE (sezione obbligatoria)		
<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> Licenza Media Inferiore
<input type="checkbox"/> Diploma professionale	<input type="checkbox"/> Diploma media superiore	<input type="checkbox"/> Diploma Universitario /Laurea Triennale
<input type="checkbox"/> Laurea/Laurea Magistrale	<input type="checkbox"/> Specializzazione post laurea	

CONDIZIONE PROFESSIONALE DELL'ADERENTE (sezione obbligatoria)	
CCNL di riferimento _____	
<input type="checkbox"/> Dipendente settore privato <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Dipendente settore pubblico
<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo, libero professionista e assimilati	<input type="checkbox"/> Altro _____

<sup>1</sup> in questa voce sono compresi anche i Soci Lavoratori di Cooperative

DATI ANAGRAFICI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE PER ADERENTI MINORI O INCAPACI				
Cognome	Nome	Codice fiscale		
Sesso	Data di nascita _/_/____	Località di nascita	Prov.	Nazione di nascita
Doc. di riconoscimento <sup>1</sup>	N.	Emesso il _/_/____	Luogo di emissione	Ente di rilascio
Domiciliato in		CAP	Località	Prov.

<sup>1</sup> C.I. (carta d'identità); PAT (patente); PAS (passaporto); POR (porto d'armi); L.P. (libretto pensionistico); ALB (documento d'iscrizione all'albo professionale); TES (tessera di identificazione militare)

**CONTRIBUZIONE DELL'ADERENTE**

Premio/contributo dell'Aderente\* € \_\_\_\_\_

\* Nel caso in cui l'Aderente scelga la periodicità mensile, l'importo ivi indicato deve essere relativo ai primi tre mesi. Trascorsi i primi tre mesi, sarà addebitato un importo, tramite RID, pari a 1/3 di quanto indicato alla voce "premio/contributo dell'Aderente".

**PERIODICITA' DEI VERSAMENTI**

MENSILE  SEMESTRALE  
 TRIMESTRALE  ANNUALE

**VARIABILITA' DEL PREMIO**

Costante  
 Crescente annualmente in base all'indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati

**MODALITA' DI PAGAMENTO**

Agenzia (escluso frazionamento mensile)  
 Addebito diretto SDD

**Solo per adesione relativa a rapporto di lavoro dipendente con devoluzione del TFR e/o contributo datoriale**

Contributo del datore di lavoro:  Percentuale della retribuzione assunta per il calcolo del TFR \_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_%  
 Importo annuo costante € \_\_\_\_\_

Contributo TFR:  100% del TFR  
 Altra percentuale del TFR \_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_%

**BENEFICIARI DESIGNATI IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE**

In base al D.Lgs. 5 dicembre 2005 n. 252, art. 14, comma 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**:

Quota	Nominativo/Ragione sociale	Residenza	Codice fiscale/ Partita IVA
%			
%			
%			

**PRESTAZIONI ASSICURATIVE FALOLTATIVE**

(riservato ad aderenti con età compresa tra 18 e 50 anni)

L'aderente chiede di attivare una delle prestazioni assicurative accessorie previste dall'art. 14 del Regolamento di Planner e disciplinate dalle Condizioni di assicurazione (sez. D ed E), prestando il proprio assenso ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

Scegliere un solo tipo di prestazione:

**GARANZIA ACCESSORIA PREMORIENZA**  
 **GARANZIA ACCESSORIA PREMORIENZA E INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE**

L'Aderente **non può assicurarsi senza accertamenti sanitari per un capitale caso morte complessivo superiore a 300.000,00 euro**, indipendentemente dal numero di contratti sottoscritti con la Compagnia.

**L'Aderente dichiara quanto segue in merito al suo stato di salute consapevole che le seguenti notizie di ordine sanitario costituiscono elemento fondamentale per l'assunzione del rischio da parte della Compagnia:**

- di trovarsi attualmente in buona salute e di svolgere regolarmente la sua professione abituale;
- di non svolgere un'attività professionale pericolosa;
- di non praticare attività sportive pericolose;
- di non essere affetto da malattie o lesione gravi che necessitino di trattamento medico regolare e continuato e di non avere malformazioni gravi o invalidità;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e visitato ai quali Italiana Assicurazioni S.p.A. ritenesse opportuno rivolgersi per le informazioni.

Conferma che le dichiarazioni rese sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza, consapevole del fatto che, in caso contrario, il contratto relativo alla prestazione accessoria non sarà valido.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma dell'Aderente** \_\_\_\_\_

### RICHIESTA DI TRASFERIMENTO POSIZIONE (eventuale)

Dichiaro di voler trasferire la posizione individuale maturata presso altra forma pensionistica complementare (denominazione e Soggetto Istitutore \_\_\_\_\_) su PLANNER, come da documentazione allegata o trasmessa separatamente.

**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.

**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.

**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 SEPA sul conto corrente bancario 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 - PLANNER - COGNOME DELL'ADERENTE. **CODICE IBAN: IT38 T031 3801 0000 0001 0397 107.**

**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 PLANNER.

**Firma dell'Aderente** \_\_\_\_\_

Nel caso di pagamento 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.

**Versamento in agenzia:** si dà quietanza dell'importo di euro \_\_\_\_\_ versato il ....../....../..... nelle mani del sottoscritto \_\_\_\_\_

Firma del soggetto incaricato alla riscossione:

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

**Il prodotto rientra nella normativa FATCA**