Fondo Pensione Aperto Teseo

Istituito dalla Società Reale Mutua di Assicurazioni (Gruppo Reale Mutua)
Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 17

MODULO DI ADESIONE

Attenzione: l'adesione al Fondo Pensione Aperto Teseo deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento "Informazioni chiave per l'aderente". La Nota informativa e il Regolamento sono disponibili sul sito web www.fondoteseo.com e verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'aderente.

Mod.TES2037– 06/2018

N. adesione: _____

Spazio a cura del Soggetto incaricato del collocamento

☐ **SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI** con sede in via Corte d'Appello, 11 – 10122 Torino

☐ **ITALIANA ASSICURAZIONI S.P.A.** con sede in via M. U. Traiano, 18 – 20149 Milano

Codice Agenzia _____ Agenzia di _____

Cod. Intermediario Mod. 7B_____ Cod. intermediario 3_____

Dati dell'aderente					
Cognome		Nome		Codice fiscale	
Sesso M ☐ F ☐	Data di nascita / /	Comune di nascita		Provincia	Stato
Tipo documento[1]		N. documento		Ente di rilascio	Data di rilascio / / /
Residente in:			CAP	Telefono	e-mail:
Domiciliato in:			CAP	Località	Prov.

Dati anagrafici del legale rappresentante per aderenti minori o incapaci					
Cognome		Nome		Codice fiscale	
Sesso M ☐ F ☐	Data di nascita / /	Comune di nascita		Provincia	Stato
Tipo documento[1]		N. documento		Ente di rilascio	Data di rilascio / / /
Domiciliato in:			CAP	Località	Prov.

[1] **C.I.** (carta d'identità); **PAT** (patente); **PAS** (passaporto); **POR** (porto d'armi); **L.P.** (libretto pensionistico); **ALB** (documento d'iscrizione albo professionale); **TES** (tessera d'identificazione militare)

Iscritto alla previdenza obbligatoria in data: ☐ ante 29/04/1993 ☐ post 29/04/1993 ☐ non ancora iscritto

Data di prima iscrizione alla previdenza complementare_____

Dati dell'Azienda/Associazione (solo in caso di lavoratori dipendenti)	
Azienda	Tel.
Codice Fiscale/Partita IVA	
Indirizzo	E-mail
L'Azienda/ Associazione sopra indicata è delegata alla raccolta e al versamento dei contributi con le modalità indicate nella Convenzione o nel Modulo di Raccolta dati dalla medesima sottoscritto.	

Condizione professionale (sezione obbligatoria)				
CCNL di riferimento_____				
☐ Lavoratore dipendente		☐ Lavoratore autonomo/libero professionista	☐ Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al fondo	☐ Soggetto diverso da quelli precedenti
☐ Privato/ Soci Lavoratori di Cooperative	☐ Pubblico			

Titolo di studio (sezione obbligatoria)			
☐ Nessuno	☐ Licenza elementare	☐ Licenza Media Inferiore	☐ Diploma professionale
☐ Diploma media superiore	☐ Diploma Universitario/ Laurea Triennale	☐Laurea/Laurea Magistrale	☐ Specializzazione post laurea

Nei casi di adesione collettiva, fornire le seguenti informazioni:

Tipologia di adesione collettiva	
☐ Contratti e accordi collettivi – Regolamenti aziendali	☐ Accordi Plurimi

☐ Se già si aderisce ad altra forma pensionistica complementare, riportare le seguenti informazioni:

Denominazione altra forma pensionistica: _____ **Numero di iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:** _____	
L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata:	
☐ Consegnata	☐ Non consegnata*
* Non è prevista la consegna della Scheda dei costi solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.	
Indicare se si intende chiedere il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica cui già si aderisce	
☐ Si	☐ No

Opzioni di investimento *Si consiglia di effettuare la scelta dell'opzione di investimento dopo aver compilato il **Questionario di autovalutazione** riportato più avanti*		
	Denominazione dei comparti	**Categoria**
☐ **OPZIONE 1** *COMPARTI: Scegliere uno o più comparti (la somma delle % deve essere 100)*	Linea Garantita Etica_____%	Garantito
	Linea Prudenziale Etica_____%	Obbligazionario puro
	Linea Bilanciata Etica_____%	Bilanciato
	Linea Sviluppo Etica_____%	Azionario

☐ **OPZIONE 2** *PROFILI DI INVESTIMENTO PROGRAMMATO: Scegliere uno solo dei profili proposti*	☐ Equilibrio	☐ Evoluzione

Beneficiari designati in caso di morte dell'aderente			
☐ Eredi			
☐ Beneficiari (solo se diversi dagli eredi)			
Quota	**Normativo/Ragione Sociale**	**Luogo e data di nascita**	**Codice Fiscale/Partita IVA**

Contribuzione e modalità di pagamento		
☐ IN FORMA INDIVIDUALE SENZA APPORTO DEL TFR		
Il **primo versamento** deve essere effettuato esclusivamente tramite **bonifico bancario** a favore di Reale Mutua – Fondo Teseo sul c/c presso Nexi S.p.A., **riportando sulla causale di versamento il Codice Fiscale**. **IBAN: IT13S0500001600CC0017926100**		
I **versamenti successivi** potranno essere effettuati tramite	☐ Bonifico SEPA – riportare sulla causale il n. di adesione	
	☐ SDD*– addebito diretto sul c/c intrattenuto presso	BANCA _____ FILIALE _____ IBAN _____
Periodicità: ☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale Importo annuo pari a €_____		
*L'addebito SDD si attiva automaticamente decorsi 6 mesi dalla data di iscrizione. È facoltà dell'aderente che abbia attivato un SDD mensile o trimestrale coprire con il primo versamento la prima semestralità. Il modulo SDD è scaricabile sul sito www.fondoteseo.com.		
Il Depositario provvederà a riconoscere ai mezzi di pagamento di cui sopra la seguente valuta: - BONIFICO SEPA: il giorno lavorativo successivo a quello riconosciuto dalla Banca Ordinante; - SDD: due giorni lavorativi		

☐ **IN FORMA INDIVIDUALE CON APPORTO DEL TFR ED EVENTUALMENTE DEL CONTRIBUTO PROPRIO E/O DEL DATORE DI LAVORO.**	☐ **IN FORMA COLLETTIVA**
Indicare di seguito importi e percentuali richiesti, in base allo status di appartenenza:	
Lavoratore dipendente che versa il TFR ed eventualmente il contributo proprio e/o del datore di lavoro Percentuale dell'accantonamento annuo di TFR: _____% (*Inferiore al 100% solo se di prima iscrizione alla previdenza obbligatoria in data antecedente al 29.04.93)* Percentuale calcolata sull'imponibile utile ai fini del computo del TFR previsto dal CCNL: - a carico del lavoratore _____ % - a carico del datore di lavoro _____ %	**Altre categorie** (ad es. soci lavoratori di cooperative di produzione e lavoro, lavoratori autonomi, liberi professionisti e assimilati) **Indicare la tipologia e le fonti contributive** _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Prestazioni assicurative facoltative (riservato agli aderenti con età compresa tra i 18 ed i 50 anni)

L'aderente chiede di attivare una delle prestazioni assicurative accessorie previste dall'art. 15 del Regolamento di TESEO e disciplinate dai relativi Allegati 4a e 4b, prestando il proprio assenso ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.
Scegliere un solo tipo di prestazione:

☐ Caso di premorienza ☐ Caso di premorienza o invalidità 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'attiva 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 Reale Mutua ritenesse opportuno rivolgersi per le informazioni.

Conferma che le dichiarazioni rese sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso o 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: _____

L'aderente dichiara:

- di aver ricevuto il documento "Informazioni chiave dell'aderente" e il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata;
- di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota Informativa, il Regolamento del fondo e ogni altra documentazione attinente il fondo pensione, comunque disponibile sul sito www.fondoteseo.com;
- di aver sottoscritto la "Scheda dei costi" della forma pensionistica a cui risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione *(per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare che redige la Scheda dei costi);*
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
  - ✓ sulle informazioni contenute nel documento "Informazioni chiave per l'aderente";
  - ✓ con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico dei costi (ISC) riportato nel documento "Informazioni chiave per l'aderente";
  - ✓ in merito ai contenuti del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
  - ✓ circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.fondoteseo.com;
  - ✓ circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso di adesione alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento.

- di aver sottoscritto il "Questionario di Autovalutazione";
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite e si impegna a comunicare ogni successiva variazione.

Luogo e Data: _____

Firma dell'aderente o del legale rappresentante in caso di aderente minore o incapace _____

Firma del soggetto incaricato del collocamento: _____

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

Il presente Questionario è uno strumento che aiuta l'aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale ed ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

1. **Conoscenza dei fondi pensione**

   Ne so poco

   Sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare finanziario o assicurativo

   Ho una conoscenza dei diversi tipi di forme pensionistiche e delle principali tipologie di prestazioni

2. **Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione**

   Non ne sono al corrente

   So che le somme versate non sono liberamente disponibili

   So che le somme versate sono disponibili soltanto al momento del pensionamento ovvero del raggiungimento dell'età pensionabile o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge

3. **A che età prevede di andare in pensione?** ___ anni

4. **Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)?** ___%

5. **Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")?**

   Si

   No

6. **Ha verificato il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere un'integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto delle Sua situazione lavorativa?**

   Si

   No

CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9.

7. **Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)**

   Risparmio medio annuo fino a 3.000 euro (punteggio 1)

   Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 euro (punteggio 2)

   Risparmio medio annuo oltre 5.000 euro (punteggio 3)

   Non so/ non rispondo (punteggio 1)

8. **Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?**

   2 anni (punteggio 1)

   5 anni (punteggio 2)

   7 anni (punteggio 3)

   10 anni (punteggio 4)

   20 anni (punteggio 5)

   Oltre 20 anni (punteggio 6)

9. **In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?**

Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)

Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)

Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

PUNTEGGIO OTTENUTO ☐

Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7,8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento offerte dal fondo pensione sulla base della seguente griglia di valutazione.

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

	Punteggio fino a 4	**Punteggio tra 5 e 7**	**Punteggio tra 8 e 12**
Categoria del comparto	- Garantito - Obbligazionario puro - Obbligazionario misto	- Obbligazionario misto -Bilanciato	- Bilanciato - Azionario

La scelta di un percorso *Life Cycle* è congrua rispetto a qualunque punteggio ottenuto dal Questionario di Autovalutazione. In caso di adesione a più comparti, la verifica di congruità sulla base del Questionario non risulta possibile: l'aderente deve, in questi casi, effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.

Luogo e Data: _____

L'aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Firma dell'aderente o del legale rappresentante in caso di aderente minore o incapace_____

L'aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Firma dell'aderente o del Legale Rappresentante in caso di aderente minore o incapace_____

Firma del soggetto incaricato del collocamento: _____

FONDO PENSIONE APERTO TESEO

Istituito dalla Società reale Mutua Assicurazioni (Gruppo Reale Mutua)

e iscritto all'Albo della Covip con il n. 17

INFORMATIVA PER GLI ADERENTI AL FONDO PENSIONE APERTO TESEO AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) N. 2016/679

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (di seguito "Regolamento") e in relazione ai dati personali che La riguardano, eventualmente anche relativi alla Sua salute, biometrici, genetici o giudiziari, richiesti o acquisiti all'atto di iscrizione al Fondo Pensione Aperto Teseo istituito dalla Società Reale Mutua di Assicurazioni (Gruppo Reale Mutua) (di seguito, "Fondo Pensione") e nel corso del rapporto con lo stesso, e che formeranno oggetto del trattamento, La informiamo di quanto segue:

1. BASE GIURIDICA E FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

La base giuridica del trattamento dei dati è costituita dalla Sua adesione (perfezionata o perfezionanda) al Fondo Pensione.
I Suoi dati personali saranno trattati:
- per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio, ai sensi del D. lgs. 5 dicembre 2005, n. 252;
- per gli obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate.

2. MODALITÀ' DEL TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati saranno trattati dalla Società Reale Mutua di Assicurazioni – Titolare del trattamento - con modalità e procedure, che comportano anche l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, necessarie per fornirLe i servizi da Lei richiesti e/o in Suo favore previsti, nel rispetto delle misure di sicurezza adottate. Il trattamento sarà svolto all'interno dell'organizzazione del Gruppo Reale Mutua da dipendenti e collaboratori autorizzati a svolgere le specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità indicate al punto 1. della presente informativa e in osservanza delle disposizioni di legge vigenti; lo stesso avviene presso i soggetti indicati al punto 3. della presente informativa. Per talune attività, inoltre, il Fondo Pensione si potrà avvalere di soggetti di fiducia (talvolta anche situati al di fuori dell'Unione Europea) che svolgono, per suo conto, compiti di natura tecnica e organizzativa.

I Suoi dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali, nonché con l'iter di archiviazione delle pratiche. In particolare, abbiamo l'obbligo di osservare i termini prescrizionali (di norma 10 anni) e i termini stabiliti dalla normativa regolamentare tipica di settore (IVASS) prima di procedere alla cancellazione o alla trasformazione in forma anonima dei dati.

3. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI

Al fine di realizzare quanto previsto nell'ambito degli scopi statutari, nonché di quelli ad essi connessi e strumentali, i dati potranno essere comunicati a soggetti e società esterni, che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi del trattamento, per lo svolgimento delle finalità indicate nella presente informativa.
In particolare, i dati potranno essere comunicati a:
- alle imprese del Gruppo Reale Mutua per l'acquisizione, la gestione e l'investimento delle somme versate dagli iscritti;
- al Depositario incaricato per il versamento dei contributi da parte degli iscritti.
- ad assicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali;
- a società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi;

- all'ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo); Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF.; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.
- alla Commissione di Vigilanza sui fondi pensione per i compiti istituzionali dell'Autorità nonché ad altri organi di vigilanza nei casi previsti dalla normativa vigente.

I dati personali non saranno soggetti a diffusione.

4. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, sempre nell'ambito delle finalità indicate al punto 1 della presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti.

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO (EX ARTT. 12 – 23 DEL REGOLAMENTO)

Il Regolamento conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dalla Titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intellegibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità su cui si basa il trattamento, nonché della logica applicata ai casi di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici. L'interessato ha inoltre diritto di ottenere, se ne ricorrano i presupposti di legge e secondo le modalità previste dal Regolamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché la rettifica dei dati personali inesatti o, se vi sia interesse, l'integrazione degli stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati, di chiedere la limitazione del trattamento e di esercitare il diritto alla portabilità. L'interessato ha altresì diritto, quando ricorrano i presupposti, di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali per quanto di sua competenza.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza, non esiti a rivolgersi alla Società Reale Mutua di Assicurazioni, Via Corte d'Appello 11- 10122 Torino, oppure al Numero Verde 800 – 410848, o all'indirizzo e-mail: **fondoteseo@realemutua.it**.

6. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il **Titolare del trattamento** è la Società Reale Mutua di Assicurazioni, con sede legale in Via Corte d'Appello, 11 – 10022, Torino.

Consenso necessario

Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a presta il Suo consenso, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei propri dati personali per l'esecuzione dei servizi richiesti secondo le finalità di cui al punto 1 dell'informativa medesima. Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto o in Suo favore previsto.

_____; ___/___/____	_____	_____
Luogo e Data	**Nome e Cognome**	**Firma**

Trattamento dei dati personali per finalità commerciali

Reale Mutua Assicurazioni può ricorrere al trattamento dei Suoi dati personali anche per finalità diverse da quelle di cui al punto 1 dell'informativa. Si tratta di finalità connesse ma non indispensabili ai fini dell'esecuzione di quanto da Lei richiesto e contrattualmente previsto. Per questo motivo, Reale Mutua Assicurazioni Le chiede di esprimere facoltativamente il consenso al trattamento dei Suoi dati con riferimento alle seguenti finalità:

a) per il trattamento dei Suoi dati personali, anche tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo MMS o SMA, etc), da parte di Reale Mutua Assicurazioni per le finalità commerciali, promozionali e offerte speciali:

☐ Acconsento ☐ Non acconsento

b) per il trattamento dei Suoi dati personali, anche tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo MMS o SMS, etc.), per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte delle Società del Gruppo Reale Mutua:

☐ Acconsento ☐ Non acconsento

c) per il trattamento dei Suoi dati personali, anche tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo MMS o SMS, etc.) per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte di partner commerciali delle Società del Gruppo Reale Mutua:

☐ Acconsento ☐ Non acconsento

_____; ___/____/_____	_____	_____
Luogo e Data	**Nome e Cognome dell'interessato**	**Firma**