

MODULO DI ADESIONE N. _____

AVVERTENZA: L'ADESIONE DEVE ESSERE PRECEDUTA DALLA CONSEGNA E PRESA VISIONE DEL DOCUMENTO "INFORMAZIONI CHIAVE PER L'ADERENTE" E DEL DOCUMENTO "LA MIA PENSIONE COMPLEMENTARE", VERSIONE STANDARDIZZATA.

La Nota informativa e il Regolamento sono disponibili sul sito internet www.cattolicaprevenza.it. Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

Soggetto incaricato (1) _____ Codice (2) _____

GENERALITÀ DELL'ADERENTE

Cognome e Nome: _____ Sesso: M F
 Nato a: _____ il: _____ Prov.: _____
 Nazionalità: _____ Codice Fiscale: _____ Titolo di studio: _____
 Residente a: _____ Indirizzo: _____ C.A.P.: _____ Prov.: _____
 Domiciliato a: _____ Indirizzo: _____ C.A.P.: _____ Prov.: _____
 Documento n.: _____ Tipo documento (3): _____ E-mail: _____
 Emesso da: _____ il: _____ Tel.: _____
 Condizione professionale: _____ Data prima iscrizione alla previdenza complementare: ____/____/____

GENERALITÀ DEL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO A FAVORE DELL'ADERENTE (o Soggetto pagatore; eventuale)

Cognome e Nome / Denominazione sociale: _____ Sesso: M F
 Nato a: _____ il: _____ Prov.: _____
 Nazionalità: _____ Codice Fiscale / Partita IVA: _____
 Residente a: _____ Indirizzo: _____ C.A.P.: _____ Prov.: _____
 Domiciliato a: _____ Indirizzo: _____ C.A.P.: _____ Prov.: _____
 Documento n.: _____ Tipo documento (3): _____ E-mail: _____
 Emesso da: _____ il: _____ Tel.: _____
 L'aderente è fiscalmente a carico del soggetto che effettua il versamento? SI NO

GENERALITÀ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE O DELEGATO (se il soggetto che effettua il versamento è una persona giuridica)

Cognome e Nome: _____ Sesso: M F
 Nato a: _____ il: _____ Prov.: _____
 Nazionalità: _____ Codice Fiscale: _____
 Residente a: _____ Indirizzo: _____ C.A.P.: _____ Prov.: _____
 Domiciliato a: _____ Indirizzo: _____ C.A.P.: _____ Prov.: _____
 Documento n.: _____ Tipo documento (3): _____ E-mail: _____
 Emesso da: _____ il: _____ Tel.: _____

TIPO LEGAME ADERENTE - SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO (eventuale)

Il soggetto che effettua il pagamento:

- fa parte del nucleo familiare dell'Aderente. Indicare il grado di parentela _____
 non fa parte del nucleo familiare dell'Aderente. Indicare tipo di rapporto/legame _____

REQUISITI

Sussistono le condizioni per l'adesione di cui al d.lgs. 252/2005.

L'aderente dichiara di:

- non essere titolare di una posizione presso altra forma pensionistica complementare;
 essere titolare di una posizione presso altra forma pensionistica complementare di cui si riportano gli elementi significativi:

Denominazione dell'altra forma pensionistica: _____

Numero di iscrizione albo tenuto dalla Covip della forma pensionistica: _____

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.

Si richiede il trasferimento della posizione maturata nella forma pensionistica: _____ al fondo CATTOLICA GESTIONE PREVIDENZA SI NO

Nei casi di adesione collettiva, fornire le seguenti informazioni:

Tipologia di adesione collettiva

- Contratti e accordi collettivi - regolamenti aziendali Accordi plurimi

(1) Riportare la denominazione completa del soggetto incaricato presente nel paragrafo "La raccolta delle adesioni" della Nota Informativa. - (2) Riportare il codice del soggetto incaricato (codice agenzia; ABI/CAB; codice promotore).
 (3) Legenda: CI = Carta identità; PG = Patente di guida; PP = Passaporto; PA = Porto d'armi; TP = Tessera postale

MODULO DI ADESIONE N. _____

ANZIANITÀ CONTRIBUTIVA MATURATA DALL'ADERENTE NEL REGIME OBBLIGATORIO

Il lavoratore, alla data dell'1 gennaio 2007:

- era titolare di una posizione contributiva aperta presso enti di previdenza obbligatoria
 non era titolare di una posizione contributiva aperta presso enti di previdenza obbligatoria

DATORE DI LAVORO (eventuale)

Denominazione: _____
 Via _____ n. _____ C.A.P. _____ Città _____ Prov.: _____
 Partita IVA: _____ Codice Fiscale: _____ Codice: _____

CONTRIBUZIONE ANNUA

| | Cifra fissa (euro) | Percentuale della retribuzione o degli imponibili di riferimento | Percentuale del TFR |
|------------------------|--------------------|---|---------------------|
| Aderente _____ | _____ | _____ | _____ |
| Datore di lavoro _____ | _____ | _____ | _____ |

MODALITÀ DI VERSAMENTO

- Il primo contributo di **Euro** _____ è versato tramite:
 bonifico bancario a favore di Società Cattolica di Assicurazione - Fondo Pensione Aperto Cattolica Gestione Previdenza sul c/c presso Istituto Centrale delle Banche Popolari Italiane S.p.A. - IBAN IT 76 D0500001600CC0017314700
 assegno bancario/circolare N.T. n. _____ banca _____ piazza _____
 I contributi successivi saranno versati a mezzo: bonifico bancario
 SDD finanziario con frequenza: semestrale annuale con decorrenza dal 13 / _____ / _____
 mese anno
 Al versamento dei contributi provvederà il datore di lavoro.

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 | RIPARTIZIONE % |
|----------------------------|----------------------|----------------|
| Monetario Globale | Obbligazionario puro | _____ % |
| Obbligazionario Globale | Obbligazionario puro | _____ % |
| Bilanciato Globale | Bilanciato | _____ % |
| Azionario Globale | Azionario | _____ % |
| Etico | Bilanciato | _____ % |
| Garantito | Garantito | _____ % |

PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER INVALIDITÀ E PREMORIENZA (eventuale)

Il/La sottoscritto/a è consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese del soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per conclusione del contratto, il diritto alla prestazione assicurativa per invalidità e premorienza può essere compromesso. Il/La sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità: di godere attualmente di buono stato di salute; di non essere mai stato ricoverato, negli ultimi 5 anni, in ospedali o case di cura per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale; di non avere consultato medici specialistici negli ultimi 6 mesi, al di fuori di semplici controlli di routine; di non essere esposto a rischi particolari a causa della professione svolta; di non godere di pensione di invalidità, né di avere presentato domanda per ottenerla; di prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché le altre persone, gli ospedali, le case di cura e gli istituti in genere ai quali la Compagnia ritenesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni; di voler usufruire delle prestazioni assicurative accessorie di seguito contrassegnate.

- | PRESTAZIONE | CAPITALE ASSICURATO |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assicurazione per il caso di morte | <input type="checkbox"/> 100.000 Euro |
| <input type="checkbox"/> assicurazione per il caso di morte e invalidità totale e permanente | <input type="checkbox"/> 150.000 Euro |

Si designa quale beneficiario:

Cognome e nome o denominazione sociale _____ Cod. fiscale o Part. Iva _____ % del capitale

- Persona fisica Persona giuridica Ditta individuale Persona politicamente esposta SI NO

Data di nascita (*) _____ Luogo di nascita (*) _____ Relazione tra aderente e beneficiario (°) _____

Data _____ **L'ADERENTE** (o chi ne fa le veci) _____

I soggetti interessati dichiarano di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003.

Luogo _____ Data _____

SOGGETTO INCARICATO CHE HA RACCOLTO L'ADESIONE

L'ADERENTE (o chi ne fa le veci)

SOGGETTO PAGATORE (o legale rappresentante/delegato)

DATORE DI LAVORO

(4) Compilare solo in caso di Persona fisica. - (5) Indicare se: Legati da rapporti di parentela o di affinità; Legati da rapporti aziendali o professionali; Altro (specificare)

2/4

COPIA PER IL FONDO

MODULO DI ADESIONE N. _____

AVVERTENZE E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

1. L'adesione al Fondo è volontaria ed è consentita in forma individuale. È altresì consentita, su base collettiva, ai soggetti destinatari delle forme pensionistiche complementari individuati all'art. 2, comma 1, del D. Lgs. n. 252/2005, nei cui confronti trovino applicazione i contratti, gli accordi o i regolamenti aziendali che dispongono l'adesione al Fondo.
2. I versamenti si intendono al lordo delle commissioni a carico dell'aderente di cui all'art. 8 del Regolamento del Fondo.
3. Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle indicate sul "rec"o". L'importo relativo al versamento va riconosciuto sul c/c intestato a Società Cattolica di Assicurazione - "Fondo Pensione Aperto Cattolica Gestione Previdenza" presso la Banca Depositaria.
4. Gli assegni e i pagamenti tramite mandato SDD di tipo finanziario si intendono accettati "salvo buon fine"; in caso di mancato buon fine, la Società Cattolica di Assicurazione è autorizzata sin d'ora a procedere alla liquidazione delle quote assegnate e a rivalersi sul ricavato, che si intende definitivamente acquisito dalla Società Cattolica di Assicurazione, salvo ogni maggior danno.
5. La Società Cattolica di Assicurazione provvede a versare gli assegni entro tre giorni lavorativi successivi a quello di ricezione e sono riconosciute le seguenti valute:
 - Assegni circolari: 1 giorno lavorativo successivo alla data di versamento.
 - Assegni bancari: 2 giorni lavorativi successivi alla data di versamento.
 - Bonifico bancario: valuta riconosciuta a favore del Fondo dalla Banca ordinante.
 - Mandato SDD di tipo finanziario: 2 giorni lavorativi rispetto al giorno di scadenza della rata.
6. L'aderente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione del presente modulo di adesione.
7. L'importo di ogni versamento, al netto delle commissioni a carico dell'aderente di cui all'art. 8 del Regolamento del Fondo ed, eventualmente, della parte di esso destinata alle prestazioni assicurative accessorie, diviso il valore unitario della quota, relativo al giorno di riferimento, del comparto prescelto, determina il numero di quote da attribuire ad ogni aderente. Il giorno di riferimento è il giorno di valorizzazione immediatamente successivo a quello in cui il soggetto gestore ha ricevuto notizia certa della sottoscrizione (per il primo versamento) e sono decorsi i termini di valuta riconosciuti ai mezzi di pagamento.
8. L'adesione al "Fondo Pensione Aperto Cattolica Gestione Previdenza" si perfeziona tramite:
 - la completa compilazione e la sottoscrizione del presente modulo, in quanto la Società Cattolica di Assicurazione dà per conosciuta l'accettazione del sottoscrittore nel momento stesso in cui interviene la sottoscrizione;
- il versamento del primo contributo con i mezzi indicati nel presente modulo, sul conto corrente intestato a Società Cattolica di Assicurazione - "Fondo Pensione Aperto Cattolica Gestione Previdenza" presso la Banca Depositaria.
9. L'aderente, inoltre, dichiara:
 - di avere ricevuto e letto attentamente il documento "Informazioni chiave per l'aderente" e il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata;
 - di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota informativa ed il Regolamento di CATTOLICA GESTIONE PREVIDENZA e ogni altra documentazione attinente il fondo, comunque disponibile sul sito www.cattolicaprevidenza.it;
 - 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 del costo (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.cattolicaprevidenza.it;
 - 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 voler ricevere la corrispondenza:
 - in formato elettronico via e-mail
 - in formato cartaceo all'indirizzo di residenza
10. L'aderente è responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti e si impegna a comunicare ogni successiva variazione.

ADERENTE (o chi ne fa le veci) _____

SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO DELLA RACCOLTA DELLE ADESIONI (solo per le adesioni alla forma individuale)

Il soggetto incaricato che ha raccolto l'adesione conferma l'esattezza delle generalità dell'aderente (e, in caso, del soggetto pagatore) sopra indicato e che la firma è stata apposta in sua presenza.

TIMBRO E FIRMA DEL SOGGETTO CHE HA RACCOLTO L'ADESIONE _____

MODULO DI ADESIONE N. _____

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e 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 di tipo finanziario o assicurativo
 ho una conoscenza dei diversi tipi di fondi pensione 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 sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge

3. A che età prevedi di andare in pensione?

_____ anni

4. Quanto prevedi di percepire come pensione di base, rispetto al Tuo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)?

_____ per cento

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

- sì
 no

6. Hai verificato il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere una integrazione della Tua pensione di base, tenendo conto della Tua situazione lavorativa?

- sì
 no

CONGRUITÀ 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 prevedi 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 sei disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Tua 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 ottenuto va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta fra 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* (o comparto data target) 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.

DICHIARAZIONI E FIRME (esito del questionario di autovalutazione)

Il sottoscritto Aderente attesta che il Questionario di autovalutazione 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.

RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

Il sottoscritto Aderente, nell'attestare che il Questionario di autovalutazione non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione "CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE" non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento. Conferma la propria volontà a dare comunque seguito all'operazione.

Luogo e data _____

L'ADERENTE (o chi ne fa le veci)
(firma leggibile)