

MODULO DI ADESIONE N. _____

L'ADESIONE DEVE ESSERE PRECEDUTA DALLA CONSEGNA E PRESA VISIONE DEL REGOLAMENTO E DELLA NOTA INFORMATIVA, DI CUI IL PRESENTE MODULO COSTITUISCE PARTE INTEGRANTE E NECESSARIA. CONTESTUALMENTE VIENE CONSEGNA IL PROGETTO ESEMPLIFICATIVO STANDARDIZZATO.

Soggetto incaricato (1) _____ Codice (2) _____

GENERALITÀ DELL'ADERENTE

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): _____
 Emesso da: _____ il: _____ Tel.: _____
 Professione: _____ Ramo attività: _____ Sottogruppo: _____

DATORE DI LAVORO (eventuale)

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

REQUISITI

Sussistono le condizioni per l'adesione di cui al d.lgs. 252/2005.
 Intende trasferire la posizione maturata nella forma pensionistica complementare denominata _____

ANZIANITÀ CONTRIBUTIVA MATURATA DALL'ADERENTE NEL REGIME OBBLIGATORIO

Lavoratori dipendenti A B C D Altri soggetti A B C D (cfr. tabella "A" sul retro)

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 n. 17/553077 presso Banca Popolare di Vicenza (CIN P - ABI 05728 - CAB 11801) IBAN IT87 P057 2811 8010 1757 0553 077
 assegno bancario/circolare N.T. n. _____ banca _____ piazza _____
 I contributi successivi saranno versati a mezzo: bonifico bancario
 RID con frequenza: semestrale annuale con decorrenza dal 13 / _____ / _____
 mese / anno
 Al versamento dei contributi provvederà il datore di lavoro.

COMPARTO

"Monetario Globale" _____ % "Obbligazionario globale" _____ % "Bilanciato globale" _____ %
 "Azionario Globale" _____ % "Etico" _____ % "Garantito" _____ %

PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER INVALIDITÀ E PREMORIENTA (eventuale)

Il/La sottoscritto/a dichiara: 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

Di designare quali beneficiari le seguenti persone: _____

Data _____ Cognome e nome - cod. fisc. - luogo e data di nascita _____ Aderente _____

GENERALITÀ DEL SOGGETTO SU CUI GRAVA IL CARICO FISCALE DELL'ADERENTE (eventuale)

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): _____
 Emesso da: _____ il: _____ Tel.: _____
 Professione: _____ Ramo attività: _____ Sottogruppo: _____

L'aderente dichiara di aver preso visione del Regolamento e della Nota informativa e di aver ricevuto il Progetto Esemplificativo Standardizzato. 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 _____ ADERENTE (O CHI NE FA LE VECI) _____ SOGGETTO SU CUI GRAVA IL CARICO FISCALE DELL'ADERENTE _____ DATORE DI LAVORO _____

MODULO DI ADESIONE N. _____

TABELLA "A" - ANZIANITÀ CONTRIBUTIVA MATURATA DALL'ADERENTE NEL REGIME OBBLIGATORIO

Lavoratori dipendenti

- A** – Lavoratore con prima occupazione successiva al 28/4/1993.
- B** – Lavoratore con prima occupazione antecedente al 29/4/1993 e con anzianità contributiva nel regime obbligatorio al 31/12/1995 inferiore a 18 anni.
- C** – Lavoratore con anzianità contributiva nel regime obbligatorio al 31/12/1995 pari o superiore a 18 anni, ma privo dei requisiti minimi che danno diritto alla pensione nel regime obbligatorio.
- D** – Lavoratore che ha maturato i requisiti minimi per il diritto alla pensione nel regime obbligatorio.

Altri soggetti

- A** – Lavoratore con anzianità contributiva nel regime obbligatorio al 31/12/1995 inferiore a 18 anni.
- B** – Lavoratore con anzianità contributiva nel regime obbligatorio al 31/12/1995 pari o superiore a 18 anni, ma privo dei requisiti minimi che danno diritto alla pensione nel regime obbligatorio.
- C** – Lavoratore che ha maturato i requisiti minimi per il diritto alla pensione nel regime obbligatorio.
- D** – Soggetto non iscritto a forme pensionistiche obbligatorie.

AVVERTENZE

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 "recto". L'importo relativo al versamento va riconosciuto sul c/c intestato a Società Cattolica di Assicurazione – "Fondo Pensione Aperto Cattolica Gestione Previdenza" presso Banca Popolare di Vicenza (Banca Depositaria).
4. Gli assegni e gli accrediti a mezzo autorizzazione permanente di addebito in c/c 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 ricavo, 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 alla Banca Depositaria 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.
 - Assegni bancari tratti su Banca depositaria: giorno di versamento.
 - Bonifico bancario: valuta riconosciuta a favore del Fondo dalla Banca ordinante.
- Autorizzazione permanente di addebito in c/c: 2 giorni lavorativi rispetto al giorno di scadenza della rata.
6. L'aderente può esercitare il diritto di ripensamento ai sensi della normativa vigente.
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'adesione al Fondo comporta l'integrale accettazione del Regolamento.
10. L'aderente è responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti.

ADERENTE (o chi ne fa le veci) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI (ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali)

Consenso per l'utilizzo dei dati personali per l'acquisizione dell'adesione e per lo svolgimento delle operazioni ad essa connesse

Per dar corso all'adesione e per lo svolgimento delle operazioni ad essa connesse, è necessario che Lei esprima per iscritto il Suo consenso alla Società Cattolica di Assicurazione – società cooperativa ad utilizzare i Suoi dati, compresi eventualmente quelli sensibili, per adempiere agli obblighi di legge – o di regolamenti o di normative nazionali o comunitarie –, nonché per comunicarli ai soggetti indicati nell'informativa e per il loro trasferimento all'estero.

SÌ NO

Consenso per l'utilizzo dei dati personali per scopi statistici, informativi e promozionali

Inoltre, Lei può prestare o meno il Suo consenso per l'utilizzo dei Suoi dati personali (non sensibili) per scopi statistici, informativi e promozionali. All'adesione viene dato corso anche se Lei non accconsente a tale utilizzo, ma con il Suo consenso i servizi offerti potrebbero essere migliorati e potrebbe conoscere nuovi prodotti della nostra Compagnia, di altre società del nostro Gruppo e di soggetti coinvolti nell'attività del Fondo. In particolare, Lei può consentire alla Società Cattolica di Assicurazione – società cooperativa di utilizzare i Suoi dati personali (ad esclusione di quelli sensibili) per:

	ADERENTE		SOGETTO SU CUI GRAVA IL CARICO FISCALE DELL'ADERENTE	
rilevare la qualità dei servizi e/o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche, anche tramite altri soggetti incaricati allo scopo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
realizzare iniziative promozionali	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
comunicarli ad altre Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni e ai soggetti indicati nel paragrafo "La raccolta delle adesioni" della Nota Informativa, per lo svolgimento delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

Luogo _____, Data _____

FIRMA DELL'ADERENTE _____

FIRMA DEL SOGGETTO SU CUI GRAVA IL CARICO FISCALE DELL'ADERENTE _____

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

Il soggetto incaricato che ha raccolto l'adesione assume la responsabilità dell'identificazione ai fini della L. n° 197 del 05/07/91 e successive modifiche e integrazioni (legge anticiclaggio). Conferma inoltre l'esattezza delle generalità dell'aderente (e, in caso, del soggetto che ne sopporta il carico fiscale) sopra indicato e che la firma è stata apposta in sua presenza.

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