



Spett.le  
Fondo Pensione Aperto Risparmio & Previdenza  
c/o Generali Italia S.p.A.  
Lungadige Cangrande, 16  
37126 Verona VR

**RICHIESTA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER INVALIDITÀ  
E PREMORIENZA DI CUI ALL'ART. 15 DEL REGOLAMENTO DEL FONDO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, posizione individuale n° \_\_\_\_\_, con la presente chiede di aderire alle prestazioni assicurative accessorie previste dall'art. 11 del Regolamento di codesto Fondo Pensione, con effetto dalla prossima ricorrenza annuale del contributo.

Allo scopo 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**

assicurazione per il caso di morte

assicurazione per il caso di morte e invalidità totale e permanente

**capitale assicurato**

100.000 euro

150.000 euro

◆ di designare quale **beneficiario**:

Persona fisica  Persona giuridica  Ditta individuale

Persona politicamente esposta  sì  no

Percentuale del capitale: .....%

Cognome/denominazione  
sociale e nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Codice fiscale/P.IVA: \_\_\_\_\_

Status:  Legati da rapporti di parentela o di affinità  Legati da rapporti aziendali o professionali  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Modalità di pagamento del premio**

- **Adesione in forma individuale**: il premio è prelevato dal contributo versato alla ricorrenza annua indicata nel modulo di adesione (o alla ricorrenza annua successivamente comunicata dall'aderente).
- **Adesione in forma collettiva o in forma individuale con conferimento di TFR**: il premio relativo al primo periodo di assicurazione è prelevato dal contributo versato a mezzo bonifico (allegare copia) a favore di Generali Italia S.p.A. - Fondo Pensione Aperto Risparmio & Previdenza sul c/c presso BNP Paribas Securities Services S.C.A. - IBAN IT 53 U 03479 01600 000801410000. Per i periodi assicurativi successivi al primo il premio sarà prelevato dal contributo versato a mezzo SDD finanziario (allegare modulo SDD).

Con i migliori saluti.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma dell'aderente