



Vittoria Assicurazioni

SOCIETÀ PER AZIONI - CAP. SOC. EURO 32.666.088 INT. VERS. - P. IVA N. 01329510158 - COD. FISC. E REG. IMPRESE MILANO N. 01329510158 - R.E.A. MILANO N. 54971 - SEDE E DIREZIONE: ITALIA - 20153 MILANO - VIA CALDERA, 21
IMPRESA AUTORIZZATA ALL'ESERCIZIO DELLE ASSICURAZIONI A NORMA DELL'ART. 65 DEL R.D.L. 29/4/1923 N. 966

FONDO PENSIONE APERTO



MODULO DI ADESIONE

GENERALITA' DELL'ADERENTE

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____ NOME _____ CODICE FISCALE _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROVINCIA _____ SESSO (M/F) _____ CITTADINANZA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA: VIA E N. CIVICO _____ C.A.P. _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

COD. SOTTOGR. _____ COD. GRUPPO _____ DOC IDENTIFICATIVO VALIDO _____ N. DOCUMENTO _____ RILASCIATO DA _____ IN DATA _____

GENERALITA' DEL SOGGETTO CHE EFFETTUA I VERSAMENTI (SE DIVERSO DALL'ADERENTE)

COGNOME _____ NOME _____ CODICE FISCALE _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROVINCIA _____ SESSO (M/F) _____ CITTADINANZA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA: VIA E N. CIVICO _____ C.A.P. _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

DOC IDENTIFICATIVO VALIDO _____ N. DOCUMENTO _____ RILASCIATO DA _____ IN DATA _____ FIRMA PER CONFERMA DELLE GENERALITA' _____

COMPARTO DI INVESTIMENTO E MODALITA' DI ADESIONE

CHIEDE DI ADERIRE AL SEGUENTE COMPARTO (1):

PREVIDENZA GARANTITA

PREVIDENZA EQUILIBRATA

PREVIDENZA CAPITALIZZATA

ADESIONE INDIVIDUALE

ADESIONE SU BASE COLLETTIVA

ADESIONE PER TRASFERIMENTO DALLA SEGUENTE FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE:

DENOMINAZIONE _____ ISTITUITO DA _____

INDIRIZZO _____

L'ADERENTE AUTORIZZA VITTORIA ASSICURAZIONI A RICHIEDERE IL TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE CON TUTTE LE INFORMAZIONI AD ESSA INERENTI, AL FONDO PENSIONE APERTO VITTORIA FORMULA LAVORO, ANCHE A SEGUITO DI ISTRUZIONI GIA' IMPARTITE A PREDETTO FONDO

BENEFICIARIO IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE

DATORE DI LAVORO (ADESIONI COLLETTIVE O CON CONFERIMENTO DEL TFR)

RAGIONE SOCIALE _____ CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO: VIA E N. CIVICO _____ C.A.P. _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

INDIRIZZO SEDE LEGALE (SE DIVERSO): VIA E N. CIVICO _____ C.A.P. _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

MODALITA' DI CONTRIBUZIONE E PAGAMENTO (2)

IMPORTO VERSAMENTO INIZIALE _____ IMPORTO ANNUO VERSAMENTI SUCCESSIVI _____ FREQUENZA VERSAMENTI SUCCESSIVI _____
MENSILE TRIMESTRALE SEMESTRALE ANNUALE

I PAGAMENTI VENGONO EFFETTUATI ESCLUSIVAMENTE TRAMITE BONIFICO BANCARIO. AL PAGAMENTO VIENE ATTRIBUITA LA VALUTA RICONOSCIUTA DALLA BANCA ORDINANTE.

PER I LAVORATORI DIPENDENTI CHE ADERISCONO SULLA BASE DI UN ACCORDO CONTRATTUALE COLLETTIVO, LA MISURA DELLA CONTRIBUZIONE E' DETERMINATA DALLA RISPETTIVA FONTE ISTITUTIVA. ESSI CON LA PRESENTE DELEGANO IL DATORE DI LAVORO A TRATTENERE DALLA RETRIBUZIONE E DALLA QUOTA ANNUALE DI TFR I CONTRIBUTI AL FONDO PENSIONE E A PROVVEDERE AL RELATIVO VERSAMENTO SECONDO I TERMINI STABILITI DALL'ACCORDO AZIENDALE.

ALTRE DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

1. L'ADERENTE E' RESPONSABILE DELLA COMPLETEZZA E VERIDICITA' DELLE INFORMAZIONI FORNITE, IVI COMPRESA LA SUSSISTENZA DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE EVENTUALMENTE RICHIESTI
2. VITTORIA ASSICURAZIONI E' ESONERATA DALL'OBBLIGO DI RECUPERO COATTIVO DELLE CONTRIBUTIONI DOVUTE SIA DALL'ADERENTE CHE DAL DATORE DI LAVORO
3. L'ADERENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO ED ESAMINATO IL REGOLAMENTO DEL FONDO E LA NOTA INFORMATIVA DI CUI IL PRESENTE MODULO E' PARTE INTEGRANTE E NECESSARIA
4. L'ADERENTE DICHIARA DI AVER PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA RESA AI FINI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/6/2003 N. 196 E ACCONSENTE AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI PROPRI DATI PERSONALI NELL'AMBITO E CON I LIMITI INDICATI NELL'INFORMATIVA A CONDIZIONE CHE SIANO RISPETTATE LE DISPOSIZIONI DELLA NORMATIVA DI LEGGE

ATTENZIONE: L'ADESIONE DEVE ESSERE PRECEDUTA DALLA CONSEGNA E PRESA VISIONE DEL REGOLAMENTO E DELLA NOTA INFORMATIVA

DATA _____ FIRMA DELL'ADERENTE _____ FIRMA DEL DATORE DI LAVORO _____ FIRMA DI CHI RACCOGLIE L'ADESIONE _____

CODICE COLLOCATORE _____ CODICE CONVENZIONE _____ ALLEGATI _____

NOTE

- 1) L'aderente ha diritto di recedere dal Contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del Contratto.
- 2) I versamenti devono essere effettuati esclusivamente tramite bonifico bancario intestato a:
 - Vittoria Assicurazioni – Fondo Pensione Aperto Vittoria Formula Lavoro
 - Banca Passadore & C. – Milano
 - Conto corrente n. 000001110620
 - CIN: R, ABI: 03332, CAB: 01600
 - IBAN: IT23R0333201600000001110620

ATTENZIONE: i versamenti relativi al conferimento del TFR e agli altri contributi da parte dei lavoratori dipendenti non possono essere effettuati prima del 1° luglio 2007 (Art 23, comma 4, DLgs. 5 dic 2005 n. 252).

Nella causale di versamento, riportare sempre il codice fiscale dell'aderente.