

**Vittoria Assicurazioni**

SOCIETÀ PER AZIONI - CAP SOC. EURO 67.378.924 INT. VERS. - PIVA, COD. FISC. E REG. IMPRESE MILANO N. 01329519158 - SEDE E DIREZIONE: ITALIA - 20149 MILANO - VIA IGNAZIO GARDELLA, 2 - ISCRITTA ALL'ALBO IMPRESE DI ASSICURAZIONE E RASSICURAZIONE SEZ. I/N. 1.00014 - CAPOGRUPPO DEL GRUPPO VITTORIA ASSICURAZIONI ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI N. 008

FONDO PENSIONE APERTO

Vittoria
Formula
Lavoro

Iscritto all'albo al n.22

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 GIÀ 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)MENSILE TRIMESTRALE SEMESTRALE ANNUALE

IMPORTO VERSAMENTO INIZIALE _____ IMPORTO ANNUO VERSAMENTI SUCCESSIVI _____ FREQUENZA VERSAMENTI SUCCESSIVI _____

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

- L'ADERENTE E' RESPONSABILE DELLA COMPLETEZZA E VERIDICITA' DELLE INFORMAZIONI FORNITE, IVI COMPRESA LA SUSSISTENZA DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE EVENTUALMENTE RICHIESTI
- VITTORIA ASSICURAZIONI E' ESONERATA DALL'OBBLIGO DI RECUPERO COATTIVO DELLE CONTRIBUTIONI DOVUTE SIA DALL'ADERENTE CHE DAL DATORE DI LAVORO
- 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
- 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
- Istituto Centrale delle Banche Popolari Italiane - Milano
- Conto corrente n. CC0017232300
- CIN: V, ABI: 05000, CAB: 01600
- IBAN: IT09V0500001600CC0017232300

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