



Integrazione Pensionistica Aurora

Piano individuale di tipo assicurativo – Fondo pensione

MODULO DI ADESIONE a *Integrazione Pensionistica Aurora*

IL PRESENTE MODULO DI ADESIONE COSTITUISCE PARTE INTEGRANTE E NECESSARIA DELLA NOTA INFORMATIVA

QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEI PRODOTTI OFFERTI

<p>Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto, che intende sottoscrivere, alle sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione.</p> <p>Qualora Lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste" sotto riportata</p>	<p>A. Informazioni anagrafiche N.B.: In caso di persona giuridica indicare i dati del Legale Rappresentante</p> <p>B. INFORMAZIONI SULLO STATO OCCUPAZIONALE b1. Qual è attualmente il Suo stato occupazionale? N.B.: da non compilare in caso di persona giuridica</p> <p>C. INFORMAZIONI SULLE PERSONE DA TUTELARE c1. Lei ha eventuali soggetti da tutelare? (carichi familiari o altri soggetti/enti)</p> <p>D. INFORMAZIONI SULLA ATTUALE SITUAZIONE ASSICURATIVA d1. Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?</p> <p>E. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE FINANZIARIA e1. Qual è la sua capacità di risparmio medio annuo? Eventuali informazioni aggiuntive sulla situazione finanziaria e2. Qual è il suo patrimonio disponibile all'investimento? e3. Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le sue aspettative sulla crescita futura dei suoi redditi personali?</p> <p>F. INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE IN RELAZIONE AL CONTRATTO f1. Quali sono gli obiettivi assicurativo-previdenziali che intende perseguire con il contratto? f2. Qual è l'orizzonte temporale che si prefigge per la realizzazione degli obiettivi? f3. Qual è la sua propensione al rischio, e conseguentemente le sue aspettative di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto? Eventuali informazioni aggiuntive sulle aspettative in relazione al contratto f4. Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo-previdenziali attraverso: f5. Qual è la probabilità di aver bisogno dei suoi risparmi nei primi anni di contratto?</p>	<p>Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____</p> <p><input type="checkbox"/> Occupato con contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Autonomo / Libero professionista <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Occupato con contratto temporaneo, a progetto, co.co.pro, ecc. <input type="checkbox"/> Non occupato</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Risparmio / Investimento <input type="checkbox"/> Previdenza / Pensione complementare <input type="checkbox"/> Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità, malattie gravi, LTC) <input type="checkbox"/> Nessuna copertura assicurativa</p> <p><input type="checkbox"/> Fino a 5.000 Euro <input type="checkbox"/> Da 5.000 a 15.000 Euro <input type="checkbox"/> Oltre 15.000 Euro</p> <p><input type="checkbox"/> In crescita <input type="checkbox"/> Stazionaria <input type="checkbox"/> In diminuzione</p> <p><input type="checkbox"/> Risparmio / Investimento <input type="checkbox"/> Previdenza / Pensione complementare <input type="checkbox"/> Protezione assicurativa di rischio morte</p> <p><input type="checkbox"/> Breve (<= 5 anni) <input type="checkbox"/> Medio (6-9 anni) <input type="checkbox"/> Lungo (>= 10 anni)</p> <p><input type="checkbox"/> Bassa (non sono disposto ad accettare oscillazioni del valore del mio investimento nel tempo e di conseguenza accetto rendimenti modesti ma sicuri nel tempo) <input type="checkbox"/> Media (sono disposto ad accettare oscillazioni contenute del valore del mio investimento nel tempo e di conseguenza accetto probabili rendimenti medi a scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato) <input type="checkbox"/> Alta (sono disposto ad accettare possibili forti oscillazioni del valore del mio investimento nell'ottica di massimizzare la redditività nella consapevolezza che ciò comporta dei rischi)</p> <p><input type="checkbox"/> Versamenti periodici <input type="checkbox"/> Versamento unico</p> <p><input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Alta</p>
--	---	---

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

(Da sottoscrivere se non si voglia dare risposta alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto")

Dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto, o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

Firma del Cliente

Di seguito riportiamo una dichiarazione da far sottoscrivere al Cliente e dall'Intermediario nel caso in cui il contratto risulti essere non adeguato alle esigenze assicurative del Cliente o non sia stato possibile raccogliere le necessarie informazioni e il Cliente intenda comunque procedere all'acquisto del prodotto.

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

(Da sottoscrivere se il contratto, sulla base delle risposte fornite o no dal Cliente o sulla base di altre informazioni disponibili, non risulta o potrebbe non risultare adeguato)

Il sottoscritto Intermediario dichiara di aver informato il Cliente dei principali motivi, di seguito riportati per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto Cliente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Firma dell'Agente

Firma del Cliente

Integrazione Pensionistica Aurora

Piano individuale di tipo assicurativo – Fondo pensione

MODULO DI ADESIONE a Integrazione Pensionistica Aurora

IL PRESENTE MODULO DI ADESIONE COSTITUISCE PARTE INTEGRANTE E NECESSARIA DELLA NOTA INFORMATIVA

Agenzia _____ Cod. Agenzia _____ Cod. Subagenzia _____

ADERENTE

Cognome _____ Nome _____ Sesso _____

Nato/a a _____ Provincia _____ Stato _____ il ___/___/___

Domiciliato/a _____ Provincia _____ Cap. _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

Via _____ n. _____ Cod. Fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente a: (se in luogo diverso dal domicilio)

Comune _____ Provincia _____ Cap. _____ Stato _____

Telefono _____ Via _____ n° _____

Documento di riconoscimento

Tipo ⁽¹⁾ _____ Numero _____ Data di rilascio _____

Autorità _____ Luogo di rilascio _____

(1) CID (carta d'identità); PAT (patente); PAS (passaporto); POR (porto d'armi); LIP (libretto pensionistico); ALB (documento d'iscrizione albo professionale); TES (tessera identificazione militare)

Stato civile C: coniugato – S: celibe/nubile – D: divorziato; V: vedovo

Professione 1: dipendente – 2: coltivatore diretto, mezzadro, colono – 3: artigiano – 4: commerciante – 5: co.co.pro – 6: socio di cooperative di produzione – 7: libero professionista – 8: altro - 9: soggetti destinatari del d.lgs. 16/9/1996 n.565

ADESIONE

Tipo adesione I: individuale senza convenzionamento – C: individuale con convenzionamento

*Denominazione della convenzione *Codice convenz. Prima adesione alla previdenza complementare

* da compilare solo in caso di adesione di tipo C

Contributo Aderente: Contributo TFR Contributo datore di lavoro

Età pensionabile: Anzianità contributiva al sistema previdenziale pubblico al 31/12/1995 (anni):

TRASFERIMENTO DA ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE (da compilare nel caso venga richiesto il trasferimento)

L'Aderente dichiara di autorizzare il trasferimento della propria posizione (comprese le necessarie informazioni) attualmente in essere presso:

Denominazione della forma pensionistica _____ Data di adesione _____

Sede Legale :

Indirizzo _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____ Stato _____

AMMONTARE E FREQUENZA DELLA CONTRIBUZIONE ANNUA

Contributo dell'Aderente € Contributo datore di lavoro €

Frequenza dei versamenti: annuale semestrale quadrimestrale trimestrale bimestrale

Eventuali versamenti aggiuntivi in unica soluzione di €

CONTRIBUZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO

Versamento iniziale

Il versamento iniziale, comprensivo delle spese di adesione "una tantum" e delle spese relative alla fase di accumulo è pari a Euro _____, 00 e sarà effettuato mediante:

Assegno bancario o circolare Bonifico bancario Bonifico su c/c postale

Versamenti Successivi

Importo di ciascuna rata, pari a Euro _____, con decorrenza dal ____/____/____, comprensivo delle spese relative alla fase di accumulo è pari a Euro _____, 00 e sarà effettuato mediante:

assegno bancario o circolare Bonifico bancario Bonifico su c/c postale

Data di effetto

____/____/____ (GG/MM/AA)

L'assicurazione entra in vigore alle ore 24 della data di effetto del contratto, a condizione che sia stato pagato il primo premio; in caso contrario il contratto entra in vigore alle ore 24 della data di pagamento del primo premio.

L'iscrizione a Integrazione Pensionistica Aurora coincide con la data di effetto del contratto.

BENEFICIARI IN CASO DI MORTE DELL'ADERENTE

Gli eredi legittimi

Gli eredi testamentari dell'Aderente o, in assenza di testamento, gli eredi legittimi

Persona fisica

cognome e nome: _____ sesso _____ (M/F)
data di nascita ____/____/____ Cod. Fisc. _____

Persona giuridica

denominazione: _____ sede _____
partita IVA / Cod. Fisc. _____

REVOCA DELL'ADESIONE E RECESSO DAL CONTRATTO

Il contratto si intende concluso nel momento in cui l'Aderente ha ricevuto comunicazione dell'accettazione della Compagnia o, in mancanza, nel momento in cui la polizza è stata sottoscritta da entrambe le Parti, ovvero la Compagnia abbia consegnato all'Aderente la polizza dalla stessa sottoscritta.

L'Aderente può revocare l'adesione fino al momento della conclusione del contratto. La revoca dell'adesione deve essere inviata per iscritto a UGF Assicurazioni – Vita e Previdenza Integrativa - Via della Unione Europea 3/B - 20097 San Donato M.se (MI), a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente gli elementi identificativi del contratto.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla revoca, la Compagnia provvede al rimborso dell'intero ammontare del contributo eventualmente già versato.

L'Aderente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso, dandone comunicazione a:

UGF Assicurazioni – Vita e Previdenza Integrativa - Via della Unione Europea 3/B - 20097 San Donato M.se (MI), a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente gli elementi identificativi del contratto.

L'esercizio del diritto di recesso implica la risoluzione del contratto.

Entro trenta giorni dal ricevimento della raccomandata relativa al recesso, la Compagnia, previa restituzione dell'originale di polizza e delle eventuali appendici, rimborsa all'Aderente il contributo da questi eventualmente corrisposto, al netto dell'eventuale imposta sulle assicurazioni.

La Compagnia ha diritto al rimborso delle spese sostenute per l'emissione del contratto pari a € 40,00 come indicato nelle Condizioni Generali di Contratto.

DICHIARAZIONI

Ricevuti la Nota informativa, le Condizioni generali di contratto, il Regolamento e relativo allegato chiedo di aderire ad Integrazione Pensionistica Aurora, e a tale scopo dichiaro sotto la mia responsabilità:

- Di aver sottoscritto il questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto;
- Di aver avuto completa soddisfazione di tutti i quesiti formulati prima della sottoscrizione del presente documento;
- Di aver letto, compreso e accettato tutte le disposizioni contenute nella Nota Informativa, nel regolamento e nei suoi allegati;
- Che sussistono le condizioni per l'adesione a Integrazione Pensionistica Aurora di cui all'art. 5 del Regolamento;
- Di impegnarmi ad osservare tutte le disposizioni previste dal Regolamento e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della posizione previdenziale;
- Che tutto quanto riportato nel presente modulo corrisponde al vero.

Luogo _____ data _____ Firma dell'Aderente _____

SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO DELLA RACCOLTA DELLE ADESIONI

Il sottoscritto dichiara di aver personalmente riscontrato la corretta e completa compilazione del presente modulo e proceduto alla corretta identificazione dei sottoscrittori ai sensi della L. 197/91 e successive integrazioni e modifiche.

Firma dell'incaricato _____ Timbro dell'incaricato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa privacy di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) allegata al presente modulo di adesione, anche in nome e per conto degli altri soggetti indicati nel suddetto modulo, di impegnarsi a consegnarne loro copia ed acconsente al trattamento dei dati personali nelle finalità indicate nell'informativa.

Nome e Cognome leggibile dell'Aderente _____

Data rilascio consenso _____

Firma _____

Informativa all' Aderente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Aderente,
al fine della Sua adesione a Integrazione Pensionistica Aurora – Piano individuale pensionistico di tipo assicurativo – Fondo Pensione (di seguito PIP) dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi possono esserci anche dati di natura sensibile⁽²⁾, qualora siano indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti previdenziali.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per l'adesione al PIP e, in alcuni casi, obbligatorio per legge⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività di previdenza complementare e di quelle ad essa connesse (ivi compresa quella liquidativa) a cui il PIP è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; ove necessario potranno essere utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁴⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

Nell'ambito delle finalità qui indicate i dati verranno trattati anche per la prevenzione e la individuazione, di concerto con le altre Compagnie del Gruppo UGF, delle frodi assicurative e relative azioni legali.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁵⁾.

Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi di previdenza complementare che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁶⁾.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono UGF Assicurazioni S.p.A. (www.ugfassicurazioni.it) e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolgf.it), entrambe con sede in Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento potrà contattare il Responsabile per il riscontro agli interessati presso UGF Assicurazioni S.p.A. al recapito sopra indicato o tramite l'indirizzo e-mail: privacy@ugfassicurazioni.it

Per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco di coloro che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili potrà consultare il sito www.ugfassicurazioni.it o rivolgersi al suddetto Responsabile per il riscontro.

NOTE:

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni tecnico-economiche; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio, in materia di accertamenti fiscali, ecc.
- 4) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., cui è affidata, quale capogruppo, la gestione di diversi servizi (liquidazione sinistri nei rami danni, attività legale, antifrode, privacy, sistemi informativi, ecc.) condivisi per conto della altre società del Gruppo Unipol.
- 5) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di servizi cui siano affidate la gestione contabile amministrativa del PIP; legali; società di servizi per il quietanzamento; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 6) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.