

MODULO DI ADESIONE CENTO STELLE REALE

Piano individuale pensionistico di tipo assicurativo - Fondo Pensione

Il presente modulo di sottoscrizione costituisce parte integrante e necessaria della Nota Informativa del Piano Individuale Pensionistico CENTO STELLE REALE

Agenzia _____ Codice _____ Sub Agenzia _____ Codice Sub Agenzia _____

Cod. Intermediario Mod. 7B _____ Cod. intermediario 3 _____

DATI ANAGRAFICI DELL'ADERENTE

Cognome		Nome		Codice fiscale	
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Data di nascita / /	Località di nascita		Prov.	Nazione di nascita
Doc. di riconoscimento ¹	N.	Emesso il / /	Luogo di emissione	Ente di rilascio	
Residente in			CAP	Località	Prov.
Domiciliato in			CAP	Località	Prov.

¹ C.I. (carta d'identità); PAT (patente); PAS (passaporto); POR (porto d'armi); L.P. (libretto pensionistico); ALB (documento d'iscrizione albo professionale); TES (tessera d'identificazione militare)

TITOLO DI STUDIO DELL'ADERENTE (sezione obbligatoria)

<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> Licenza Media Inferiore
<input type="checkbox"/> Diploma professionale	<input type="checkbox"/> Diploma media superiore	<input type="checkbox"/> Diploma Universitario /Laurea Triennale
<input type="checkbox"/> Laurea/Laurea Magistrale	<input type="checkbox"/> Specializzazione post laurea	

CONDIZIONE PROFESSIONALE DELL'ADERENTE (sezione obbligatoria)

CCNL di riferimento _____

<input type="checkbox"/> Lavoratore Dipendente ²	<input type="checkbox"/> Dipendente settore privato	<input type="checkbox"/> Dipendente settore pubblico
<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo, libero professionista e assimilati		<input type="checkbox"/> Altro _____

² in questa voce sono compresi anche i Soci Lavoratori di Cooperative

CONTRIBUZIONE DELL'ADERENTE

Premio/contributo dell'aderente	€ _____	+
Caricamento per spese di adesione	€ 10,00	=
Premio versato*	€ _____	

PERIODICITA' DEI VERSAMENTI

<input type="checkbox"/> MENSILE	<input type="checkbox"/> SEMESTRALE
<input type="checkbox"/> TRIMESTRALE	<input type="checkbox"/> ANNUALE

* Nel caso in cui l'aderente scelga la periodicità mensile, l'importo ivi indicato deve essere relativo ai primi tre mesi. Trascorsi i primi tre mesi, sarà addebitato un importo, tramite RID, pari a 1/3 di quanto indicato alla voce "premio versato".

VARIABILITA' DEL PREMIO

<input type="checkbox"/> Costante
<input type="checkbox"/> Crescente del _____ % annuo

MODALITA' DI PAGAMENTO

<input type="checkbox"/> Agenzia (escluso frazionamento mensile)
<input type="checkbox"/> SDD

Solo per adesione relativa a rapporto di lavoro dipendente con devoluzione del TFR e/o contributo datoriale

<input type="checkbox"/> Contributo TFR:	<input type="checkbox"/> 100% del TFR <input type="checkbox"/> Altra percentuale del TFR _____,____%
<input type="checkbox"/> Contributo del datore di lavoro:	<input type="checkbox"/> Percentuale della retribuzione assunta per il calcolo del TFR _____,____% <input type="checkbox"/> Importo annuo costante € _____

SCELTA DELLE LINEE DI INVESTIMENTO

Reale Linea Prudente _____%	Reale Linea Equilibrio _____%	Reale Linea Futuro _____%
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------

BENEFICIARI DESIGNATI IN CASO DI MORTE DELL'ADERENTE

In base al D.Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 art. 14, comma 3, in caso di morte dell'aderente l'intera posizione è riscattata dagli eredi, ovvero dai diversi beneficiari dallo stesso designati, siano essi persone fisiche o giuridiche.

Indicare qui di seguito **solo eventuali diversi beneficiari designati**.

Quota	Nominativo/Ragione sociale	Residenza	Codice fiscale/Partita IVA
%			
%			
%			

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO POSIZIONE(*)

Dichiaro di voler trasferire la posizione individuale maturata presso altra forma pensionistica complementare (denominazione e Soggetto Istitutore _____) a CENTO STELLE REALE, come da documentazione allegata o trasmessa separatamente.

(*) CAMPO OBBLIGATORIO in caso di richiesta di trasferimento

Prestazioni assicurative facoltative (riservato ad aderenti con età compresa tra 18 e 50 anni)

L'aderente chiede di attivare una delle prestazioni assicurative accessorie previste dall'art. 14 del Regolamento di CENTO STELLE REALE e disciplinate dalle Sezioni E ed F delle Condizioni Generali di Contratto, prestando il proprio assenso ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

Scegliere un solo tipo di prestazione:

Caso di premorienza

Caso di premorienza o invalidità totale e permanente

L'Aderente **non può assicurarsi senza accertamenti sanitari per un capitale caso morte complessivo superiore a 300.000,00 euro**, indipendentemente dal numero di contratti sottoscritti con la Compagnia.

L'Aderente dichiara quanto segue in merito al suo stato di salute consapevole che le seguenti notizie di ordine sanitario costituiscono elemento fondamentale per l'assunzione del rischio da parte della Compagnia:

- di trovarsi attualmente in buona salute e di svolgere regolarmente la sua professione abituale;
- di non svolgere un'attività professionale pericolosa;
- di non praticare attività sportive pericolose;
- di non essere affetto da malattie o lesione gravi che necessitino di trattamento medico regolare e continuato e di non avere malformazioni gravi o invalidità;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e visitato ai quali Reale Mutua ritenesse opportuno rivolgersi per le informazioni.

Conferma che le dichiarazioni **rese** sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza, consapevole del fatto che, in caso contrario, il contratto relativo alla prestazione accessoria non sarà valido.

Luogo e data _____, _____

Firma dell'aderente _____

Revoca dell'adesione: prima dell'entrata in vigore del contratto, l'aderente può revocare l'adesione tramite raccomandata inviata alla Società Reale Mutua di Assicurazioni ed in tal caso verrà rimborsato, entro 30 giorni dalla revoca stessa, l'intero ammontare del premio eventualmente versato al netto del caricamento per spese di adesione effettivamente sostenute.

Diritto di Recesso: entro 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, l'aderente può, inviando una raccomandata alla Società Reale Mutua di Assicurazioni, recedere dal contratto. Il recesso decorre dalla data di comunicazione quale risulta dal timbro postale di invio ed ha effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto stesso. Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso, la Società Reale Mutua di Assicurazioni rimborsa all'aderente il premio da questi corrisposto, al netto delle spese di adesione effettivamente sostenute.

Il sottoscritto è responsabile della completezza e della veridicità delle informazioni fornite nel presente modulo ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti e si impegna a comunicare alla Società ogni variazione che dovesse intervenire.

Firma

dell'Aderente _____

Il sottoscritto dichiara che gli sono stati consegnati e che ha preso visione del Regolamento, della Nota Informativa, delle Condizioni generali di contratto e del Progetto esemplificativo prima dell'adesione a CENTO STELLE REALE.

Firma dell'Aderente _____

Il pagamento del premio viene effettuato tramite:

- assegno circolare o bancario intestato alla Società e con clausola di non trasferibilità (3 giorni valuta)
- bollettino di conto corrente postale (addebito immediato)
- bonifico SEPA (3 giorni valuta)
- SDD (SEPA Direct Debit)
- bancomat o carta di credito, presso le sole agenzie abilitate (addebito immediato per il bancomat e dalla fine del mese alla metà del mese successivo a seconda della carta di credito)

ATTENZIONE: non è possibile effettuare pagamenti con mezzi diversi da quelli sopra indicati.

Si dà quietanza, salvo buon fine del mezzo di pagamento utilizzato, dell'importo di euro _____.

L'Agente, il Procuratore o l'Esattore

Luogo e data _____, ____/____/____

Nome e Cognome _____

Firma _____

Mod. VIT 6060 ed 10/2015