

# AVIVA VITA PRO FUTURO

Piano Individuale Pensionistico  
di Tipo Assicurativo - Fondo Pensione



(TARIFFA PB2)

MODULO DI ADESIONE

FACSIMILE

**Aviva Vita S.p.A.**  
**Gruppo Aviva**

1 - COPIA PER LA SOCIETA'

2 - COPIA PER IL CONTRAENTE

3 - COPIA PER IL SOGGETTO INCARICATO

4 - COPIA

FACSIMILE



**Aviva Vita S.p.A.**  
V.le Abruzzi 94 20131  
www.avivaitalia.it  
Tel. +39 02 2775.1  
Fax +39 02 2775.204

MODULO DI ADESIONE

**AVIVA VITA PRO FUTURO**

Piano Individuale Pensionistico  
di Tipo Assicurativo - Fondo Pensione

(TARIFFA PB2)

MODULO DI ADESIONE

**N°**

Questo è il numero attribuito al Modulo cui entrambe le Parti Contraenti faranno riferimento. La numerazione definitiva di Polizza è quella che verrà attribuita dalla Aviva Vita S.p.A. direttamente con la Lettera Contrattuale di Conferma.

Codice Sog. Incaricato	_____	Codice Agenzia	_____	Soggetto Incaricato	_____
------------------------	-------	----------------	-------	---------------------	-------

**ADERENTE**

COGNOME		NOME		CODICE FISCALE		SESSO	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		PROV.	CITTADINANZA		
RESIDENZA (Via e N. Civico)		C.A.P. E LOCALITÀ		PROV.	STATO		
C. IDENT.	PASSAP.	PAT. GUIDA	ALTRO	ESTREMI DOC.:	NUMERO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (Ente e Luogo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				DATA SCADENZA
PROFESSIONE				ATTIVITÀ ECONOMICA:			
				Sottogruppo		Gruppo/Ramo	

**BENEFICIARI**

L'Aderente designa i seguenti Beneficiari:

IN CASO DI VITA DELL'ADERENTE ALLA SCADENZA: L'Aderente  
IN CASO DI MORTE DELL'ADERENTE NELLA FASE DI ACCUMULO:

Luogo e data .....

**L'ADERENTE**

**STATUS/ATTIVITÀ DELL'ADERENTE**

**STATUS DELL'ADERENTE**

Dichiaro di essere (barrare la/e casella/e apposita/e):

- Lavoratore Dipendente;
- Lavoratore Autonomo, libero professionista e assimilato;
- Socio lavoratore di cooperative;
- Non lavoratore e/o familiare fiscalmente a carico;

**ATTIVITÀ DELL'ADERENTE**

L'Aderente dichiara di essere (barrare l'eventuale casella/e interessata/e):

- Lavoratore co prima iscrizione alla previdenza obbligatoria:  fino al 28/04/1993  dal 29/04/1993
- Lavoratore iscritto ad altra forma pensionistica complementare prima del 29/04/1993 (c.d. "vecchio iscritto");

Data di prima adesione ad una forma pensionistica complementare alla quale non sia seguito l'esercizio del diritto di riscatto totale

**DATORE DI LAVORO**

**DATI DEL DATORE DI LAVORO (DA INDICARE SOLO NEL CASO VENGA PREVISTO IL CONFERIMENTO DEL TFR MATURANDO)**

RAGIONE SOCIALE		PARTITA IVA	
CODICE FISCALE		SETTORE DI ATTIVITÀ	
INDIRIZZO		N.	C.A.P.
LOCALITÀ	COMUNE	PROV.	NAZIONE
RECAPITO TELEFONICO		INDIRIZZO E-MAIL	

**CONTRIBUZIONE**

**CONTRIBUZIONE ANNUA:**

La contribuzione al presente Contratto sarà:

- a carico dell'Aderente
- attraverso il conferimento del TFR maturando
- contributo del datore di lavoro (nei limiti ed alle condizioni previste dagli accordi applicabili all'Aderente).

**CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO (TARIFFA PB2):**

Età ipotetica per il raggiungimento dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza: Anni \_\_\_\_\_

Durata convenzionale della Fase di Accumulo: Anni \_\_\_\_\_ Data di adesione/conclusione: \_\_\_\_\_

Il contributo versato all'atto dell'adesione è pari ad Euro \_\_\_\_\_

I contributi successivi al primo sono pari ad Euro \_\_\_\_\_ e sono versati con frequenza:

Frazionamento:  Annuale  Semestrale  Trimestrale  Mensile

I contributi annui a carico dell'Aderente verranno versati:

in cifra fissa per un importo pari a Euro \_\_\_\_\_

in percentuale pari a:

Lavoratori autonomi e liberi professionisti

– \_\_\_\_\_ % del reddito d'impresa o di lavoro autonomo dichiarato ai fini IRPEF relativo al periodo d'imposta precedente;

Lavoratori dipendenti

– \_\_\_\_\_ % della retribuzione assunta a base della determinazione del T.F.R. (a carico del lavoratore)

Soci lavoratori di cooperative di produzione e lavoro

– \_\_\_\_\_ % del

(indicare la base imponibile in base alla tipologia del rapporto di lavoro)

Il versamento dovrà essere pari all'importo riportato alla voce Contributo successivi al primo su base annua.

**SPESE:** (Art. 14 Spese):

- **spesa percentuale:** è pari all'1,95% e viene calcolata sul contributo annuo o sulla rata semestrale, trimestrale o mensile del contributo e sugli eventuali versamenti aggiuntivi.

**PERCORSO DI INVESTIMENTO:**

L'Aderente sceglie la Linea di Investimento e per ciascuna indichi la quota di investimento:

Gestione Interna Separata	Quota % dell'investimento	Fondi Interni Assicurativi	Quota % dell'investimento
AVIVA UBI Piano Individuale di Previdenza	.....	AVIVA-UBI 1	.....
		AVIVA-UBI 2	.....
		AVIVA-UBI 3	.....
		AVIVA-UBI 4	.....

**DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE**

L'Aderente dichiara di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni Generali di Contratto e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341:

Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - i seguenti articoli e norme:

Dichiarazioni dell'Aderente; Sottoscrizione e Conclusione del Contratto; Perfezionamento e Decorrenza del Contratto; Pagamenti della Compagnia.

**DIRITTO DI RECESSO**

L'Aderente può recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto. L'esercizio del diritto di recesso libera l'Aderente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto.

La Compagnia, entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta di recesso, rimborserà:

- qualora la richiesta di recesso pervenga alla Compagnia antecedentemente alla data di decorrenza del Contratto il contributo eventualmente versato;
- qualora la richiesta di recesso pervenga alla Compagnia dal giorno della data di decorrenza del Contratto la somma dei seguenti due importi:
  - la parte di contributo destinata alla Gestione Interna Separata AVIVA UBI Piano Individuale di Previdenza;
  - il contributo, destinato ai Fondi Interni Assicurativi, maggiorato o diminuito della differenza fra il valore unitario delle quote del quarto giorno di Borsa aperto successivo al ricevimento, da parte della Compagnia, della comunicazione di recesso ed il valore unitario delle stesse alla data di decorrenza, moltiplicato per il numero delle quote acquisite alla data di decorrenza del Contratto.

Luogo e data .....

**L'ADERENTE**

**DICHIARAZIONI**

L'Aderente dichiara:

- che è stato consegnata a sue mani la documentazione relativa a "AVIVA VITA - PRO FUTURO - PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO – FONDO PENSIONE" comprendente: il Regolamento, le Condizioni Generali di Contratto – comprensive dei Regolamenti della Gestione Interna Separata e dei Fondi Interni Assicurativi - e la Nota Informativa, comprensiva sia del Glossario che del presente Modulo di Adesione - di cui è parte integrante e necessaria – contenente l'Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
- dichiarazione valida solo dal 1° luglio 2008: che è stato consegnato a sue mani il Progetto esemplificato standardizzato relativo alla presente forma pensionistica complementare;
- di aver preso espressa visione di tutta la documentazione sopra indicata, di accettare le Condizioni Generali di Contratto e di aver preso visione delle indicazioni in ordine ai caricamenti ed alla facoltà della Compagnia di variare le basi di calcolo dei coefficienti di conversione in rendita;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente Modulo di Adesione - anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
- di aver preso conoscenza dell'Art. 2 "CONFLITTO DI INTERESSI" delle Condizioni Generali di Contratto;
- di prendere atto che il Contratto, con la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, è concluso e che Aviva Vita S.p.A. – la Compagnia – si impegna a riconoscere PIENA VALIDITA' CONTRATTUALE al presente Modulo, fatti salvi l'ultimo comma dell'articolo "DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE" delle Condizioni Generali di Contratto ed errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa;
- di prendere atto che il Contratto decorre dal quarto giorno di Borsa aperto successivo alla data di pagamento del primo contributo. La Compagnia invia all'Aderente la Lettera Contrattuale di Conferma, quale documento contrattuale che definisce il ricevimento del primo contributo da parte della Compagnia e che riporta i dati identificativi del contratto;
- di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite sul presente Modulo compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti e si impegna a comunicare alla Compagnia ogni variazione che dovesse intervenire.

L'Aderente dichiara di AVER LETTO ed ACCETTATO quanto riportato in merito ai TERMINI DI DECORRENZA sopra indicati.

Luogo e data .....

**L'ADERENTE**

**MODALITÀ DI PAGAMENTO****CONTRIBUZIONE A CARICO DELL'ADERENTE: Modalità di versamento del primo contributo e dei contributi successivi:**

All'atto del perfezionamento del Contratto, il sottoscritto Soggetto Incaricato, nella sua qualità di intermediario autorizzato dalla Società, incassa il primo contributo – o la prima rata dei contributi – pari a Euro \_\_\_\_\_ e ne fa trasmissione ad AVIVA Vita S.p.A..

Il pagamento di tale Contratto viene effettuato con:

assegno bancario/circolare emesso dal sottoscritto Aderente, intestato ad AVIVA Vita S.p.A.

estremi identificativi dell'assegno: Azienda di Credito: \_\_\_\_\_

codice CAB \_\_\_\_\_ codice ABI \_\_\_\_\_ n. assegno \_\_\_\_\_

bonifico bancario effettuato dall'Aderente a favore di AVIVA Vita S.p.A. con accredito su c/c codice IBAN IT 20X 0542801601 000000098656 specificando nella causale il nome dell'Aderente ed il numero del Modulo (allegare copia del bonifico effettuato dall'Aderente alla Compagnia)

**L'Aderente si impegna a corrispondere i successivi contributi, esclusivamente con procedura di addebito automatico sul conto corrente (procedura RID); pertanto si impegna a compilare debitamente l'apposito modulo bancario.**

**TFR E CONTRIBUTI A CARICO DEL DATORE DI LAVORO: Modalità di versamento del TFR e contributi a carico del datore di lavoro**

In caso di conferimento alla presente forma pensionistica complementare del TFR maturando e dell'eventuale contributo a carico del datore di lavoro, i versamenti dovranno essere effettuati mediante bonifico bancario sul conto corrente intestato ad Aviva Vita S.p.A. – codice IBAN IT51Y054280160100000015235 specificando nella causale il nome dell'Aderente ed il numero di polizza, e che i versamenti derivano da TFR maturando o da contributo a carico del datore di lavoro.

La data di valuta varia a seconda della tipologia del mezzo di pagamento utilizzato, come di seguito descritto:

- in caso di bonifico bancario, la valuta è il giorno riconosciuto dalla banca ordinante;
- in caso di assegni bancari/circolari emessi da uno sportello di Unicredit Banca S.p.A., la valuta è il giorno lavorativo coincidente con la data di presentazione del titolo da parte della Compagnia;
- in caso di assegni bancari/circolari non emessi da uno sportello di Unicredit Banca S.p.A., la valuta è il 3° giorno lavorativo successivo alla data di presentazione del titolo da parte dell'a Compagnia.

Luogo e data .....

IL SOGGETTO INCARICATO

L'ADERENTE

**DICHIARAZIONI RELATIVE AL QUESTIONARIO DELL'ADEGUATEZZA:**

L'Aderente ove previsto il Soggetto Incaricato sottoscrivono la sezione che corrisponde all'esito dell'analisi dell'adeguatezza del Suo Contratto Assicurativo:

**CASO 1****DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA**

Il sottoscritto Aderente dichiara di aver risposto alle domande del "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" secondo quanto riportato nel retro della presente proposta.

Luogo e data .....

L'ADERENTE

**CASO 2****DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE**

Il sottoscritto Aderente dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative.

Luogo e data .....

L'ADERENTE

**CASO 3****DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA**

Il sottoscritto Soggetto Incaricato

dichiara di avere informato l'Aderente 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 Aderente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

**MOTIVAZIONI**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Luogo e data .....

IL SOGGETTO INCARICATO

L'ADERENTE

**Spazio riservato al Soggetto Incaricato**

Dichiaro di aver proceduto personalmente alla identificazione dei sottoscrittori le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi e che le firme sono state apposte in mia presenza e che il pagamento del premio di perfezionamento è stato effettuato con le modalità sopra indicate. Si dichiara inoltre di aver preso visione e di essere a conoscenza della Legge n. 197/91 e della Circolare ISVAP n. 257/95 e degli obblighi ivi previsti.

\_\_\_\_\_  
 Cognome e Nome

\_\_\_\_\_  
 Codice Sog. Incar.      Codice Ag.

\_\_\_\_\_  
 Luogo      \_\_\_\_\_  
 Data      Firma del Soggetto Incaricato

## INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali la Compagnia informa gli interessati sull'uso dei loro dati personali e sui loro diritti ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003).

La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Aderenti).

### UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI\*

\* *Le finalità assicurative richiedono, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per l'individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative.*

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc., sono utilizzati da AVIVA Vita S.p.A., da Società del Gruppo AVIVA e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto,
- redistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

La nostra Compagnia chiede, quindi, agli interessati di esprimere il consenso - contenuto nella proposta di adesione - per il trattamento dei loro dati, strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi dagli stessi richiesti.

Per i servizi e prodotti assicurativi la nostra Società ha necessità di trattare anche dati "sensibili" (art. 4, comma 1, lett. d, del Codice in materia di protezione dei dati personali), in particolare quelli idonei a rilevare lo stato di salute, strettamente strumentali all'erogazione degli stessi - come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri - . Il consenso richiesto riguarda, pertanto, anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i dati degli interessati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM), broker assicurativi, Società di Gestione del Risparmio, organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, ISVAP, CIRT, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie quali INPS, INPGI, Forze dell'ordine ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Il consenso degli interessati riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a: AVIVA Vita S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447.

Senza tali dati la nostra Compagnia non potrebbe fornire agli interessati i servizi e i prodotti assicurativi richiesti, in tutto o in parte. Alcuni dati, poi, devono essere comunicati dagli interessati o da terzi per obbligo di legge (lo prevede, ad esempio, la disciplina anticiclaggio).

### MODALITÀ D'USO DEI DATI

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a, della Legge: raccolta, registrazione e organizzazione, elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione, utilizzo, comprese consultazione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela.

I dati personali degli interessati sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli stessi i servizi, i prodotti e le informazioni da loro richiesti, anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. La Compagnia utilizza le medesime modalità anche quando comunica, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero.

Per taluni servizi, vengono utilizzati soggetti di fiducia che svolgono, per conto della Compagnia, compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono diretti collaboratori e svolgono la funzione di "Responsabile" o dell' "incaricato" del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "Titolari" del trattamento stesso. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo AVIVA o della catena distributiva (agenti o altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione sulla vita, consulenti tecnici) ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Compagnia (legali, medici, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali indicate nei plichi postali utilizzati), 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.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, la Compagnia precisa infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i suoi dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente richiedendolo a: AVIVA Vita S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447, ove potranno essere conosciute anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso espresso dagli interessati, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la redistribuzione del rischio.

La Compagnia informa, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati. Inoltre hanno il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (questi diritti sono previsti dall'articolo 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali; la cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge, per l'integrazione occorre vantare un interesse, il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi di materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato e, negli altri casi, l'opposizione presuppone sempre un motivo legittimo).

Per l'esercizio dei loro diritti gli interessati possono rivolgersi a:

Servizio Privacy - AVIVA Vita S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447 - fax 02.2775.474 - email [privacy\\_vita@avivaitalia.it](mailto:privacy_vita@avivaitalia.it)

Il Direttore Generale è responsabile del trattamento dei dati personali per l'area industriale assicurativa.

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'interessato (Aderente), preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) - sopra riportata - acconsente al trattamento dei loro dati personali, ivi compresi quelli sensibili idonei a rilevare lo stato di salute, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Luogo e data .....

L'ADERENTE

FACSIMILE

## Aviva Vita S.p.A.

V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204



Aviva Vita S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 17860 del 09/09/1988 (Gazzetta Ufficiale n. 223 del 22/09/1988) Capitale Sociale Euro 55.000.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1676319 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n. 08701770151 Partita IVA 05930150015 Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A.

FACSIMILE