

# Insieme

Fondo Pensione Aperto  
a contribuzione definita

Modulo di adesione

Spett.le INSIEME Fondo Pensione Aperto – Corso Italia, 23 – 20122 Milano (MI)

Io sottoscritto/a

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

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Tel/cell \_\_\_\_\_

Tipo doc. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Luogo rilascio \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Titolo di studio<sup>1</sup>:  
 nessuno  licenza elementare  licenza media inferiore  diploma professionale  
 diploma media superiore  diploma universitario  laurea  specializzazione post laurea  
 laurea triennale  laurea magistrale

Occupazione<sup>1</sup>:  dipendente  autonomo  altro (soggetto non lavoratore, fiscalmente a carico, ecc.)

Modalità di adesione:  collettiva/plurisoggettiva (con azienda)  forma individuale (\*) (con azienda)  forma individuale (\*) (senza azienda)

**(\*) Avvertenza: necessaria la compilazione del questionario di adeguatezza da allegare al presente Modulo**

**Chiedo**, con la presente, di aderire a INSIEME Fondo Pensione Aperto a contribuzione definita (di seguito per brevità INSIEME) ed a tal fine dichiaro di essere:

- Lavoratore **iscritto** ad altro Fondo Pensione prima del 28/04/1993 (“vecchio iscritto”)
- Lavoratore **non iscritto** ad altro Fondo Pensione prima del 28/04/1993 (“nuovo iscritto”) e di prima occupazione antecedente al 28/04/1993
- Lavoratore **non iscritto** ad altro Fondo Pensione prima del 28/04/1993 (“nuovo iscritto”) e di prima occupazione successiva al 28/04/1993
- Lavoratore **non iscritto** ad altro Fondo Pensione prima del 01/01/2007 e di prima occupazione successiva al 01/01/2007

**Oltre** a quanto sopra, dichiaro inoltre:

- di **essere iscritto** a vecchi PIP<sup>2</sup> (detti anche FIP) gestiti da Allianz S.p.A. o Allianz Bank F. Advisors S.p.A.
- di **non essere iscritto** a vecchi PIP<sup>2</sup> (detti anche FIP) gestiti da Allianz S.p.A. o Allianz Bank F. Advisors S.p.A.
- di **essere già iscritto** alla previdenza complementare dalla data del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- di **non essere già iscritto** ad altre forme di previdenza complementare

**(sezione da compilare solo in caso di versamenti tramite azienda)**

Nome Azienda \_\_\_\_\_ Cod. Azienda \_\_\_\_\_

Sede Legale in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

da contattare per le istruzioni operative:

**Referente Azienda** \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Referente società esterna** \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Chiedo** altresì che ogni versamento contributivo a mio favore, sia investito come segue:

\_\_\_\_\_ % LINEA FLESSIBILE CON GARANZIA DI RESTITUZIONE DEL CAPITALE \_\_\_\_\_ % LINEA OBBLIGAZIONARIA BREVE TERMINE  
 \_\_\_\_\_ % LINEA OBBLIGAZIONARIA LUNGO TERMINE \_\_\_\_\_ % LINEA OBBLIGAZIONARIA  
 \_\_\_\_\_ % LINEA BILANCIATA \_\_\_\_\_ % LINEA AZIONARIA

In alternativa **chiedo di attivare per tutta la mia posizione previdenziale l'opzione Life Cycle**, scegliendo uno tra i seguenti percorsi:

- PERCORSO PRUDENTE**
- PERCORSO EQUILIBRATO**
- PERCORSO VIVACE**

**AVVERTENZA: L'attivazione non potrà essere richiesta qualora manchino meno di cinque anni alla maturazione dei requisiti di accesso al pensionamento.**

<sup>1</sup> Campo obbligatorio per fini statistici Covip

<sup>2</sup> Ovvero contratti stipulati fino al 31.12.2006 e non adeguati ai sensi dell'art. 23, comma 3 del D. Lgs 252/05

I versamenti contributivi saranno effettuati tramite:  azienda  RID/SDD  bonifico bancario  assegno

In allegato al presente modulo si trasmette:

assegno n° \_\_\_\_\_ di importo € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

modulo RID/SDD  copia bonifico

**Autorizzo** il trasferimento della mia posizione individuale a INSIEME cui conferisco mandato per l'espletamento di tutte le operazioni necessarie, segnalando di seguito i dati essenziali relativi al mio Fondo Pensione di provenienza:

Fondo Pensione di provenienza \_\_\_\_\_ Albo n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Chiedo** che l'importo trasferito sia investito come segue (*in caso di mancata indicazione, l'importo trasferito sarà investito secondo le percentuali prescelte per il versamento dei contributi*), in caso di attivazione dell'opzione Life Cycle, l'importo trasferito verrà investito sulle linee del percorso scelto:

\_\_\_\_\_ % LINEA FLESSIBILE CON GARANZIA DI RESTITUZIONE DEL CAPITALE

\_\_\_\_\_ % LINEA OBBLIGAZIONARIA BREVE TERMINE

\_\_\_\_\_ % LINEA OBBLIGAZIONARIA LUNGO TERMINE

\_\_\_\_\_ % LINEA OBBLIGAZIONARIA

\_\_\_\_\_ % LINEA BILANCIATA

\_\_\_\_\_ % LINEA AZIONARIA

**Chiedo** inoltre:

di **attivare** le garanzie accessorie al Fondo Pensione in esso previste, consapevole del relativo costo aggiuntivo e le cui prestazioni assicurate sono indicate negli allegati al Regolamento, in base all'importo di premio da me prescelto:

copertura assicurativa per il solo caso di morte

copertura assicurativa per il caso di morte ed invalidità totale e permanente

copertura assicurativa per il caso di morte e rendita in caso di non autosufficienza (LTC)

Premio annuo  50€  100€  150€

Il premio di primo anno sarà da me versato tramite:  bonifico bancario  assegno

In allegato al presente modulo si trasmette:

assegno numero \_\_\_\_\_ di importo € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

copia bonifico

I premi delle annualità successive saranno pagati esclusivamente tramite addebito in conto (allego modulo)

di **non attivare** le garanzie accessorie al Fondo Pensione in esso previste.

**Solo nel caso in cui abbia optato per l'attivazione ed ai fini della validità della copertura assicurativa, dichiaro che:**

- negli ultimi 8 anni non ho mai consultato medici, né sono stato invitato a consultarli se non per patologie minori (quali raffreddori, influenza ecc), né sono mai stato ricoverato in case di cura, sanatori, ospedali per malattie o disturbi o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, safenectomia, varicectomia degli arti inferiori, varicocele, fimosi, erniectomie addominali/inguinali, emorroidectomia, settoplastica nasale, correzione alluce valgo, meniscectomia, rottura/recisione legamenti o frattura degli arti, parto senza complicanze, estrazione dentale o chirurgia estetica;

- non sono affetto da obesità;

- non fumo/non ho mai fumato più di 20 sigarette al giorno;

- non faccio uso/non ho mai fatto uso di sostanze stupefacenti e/o psicofarmaci;

- non assumo farmaci salvavita;

- riesco a compiere le attività quotidiane, ricreative e sportive senza restrizioni e senza aiuto di altre persone o di sussidi per muoversi in casa, uscire, vestirsi o svestirsi;

- non godo di pensioni di invalidità e non ho una riduzione della capacità di lavoro;

- non ho una malattia mentale neurologica.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Assicurando** \_\_\_\_\_

**Beneficiari in caso di decesso dell'aderente** ai sensi dell'art. 14, comma 3 del D.Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252

eredi legittimi in parti uguali  eredi testamentari o in assenza di testamento, eredi legittimi in parti uguali  altri beneficiari (*compilare di seguito*)

% del capitale \_\_\_\_\_ Cognome e Nome o Ragione Sociale \_\_\_\_\_

C.F./P. IVA \_\_\_\_\_

% del capitale \_\_\_\_\_ Cognome e Nome o Ragione Sociale \_\_\_\_\_

C.F./P. IVA \_\_\_\_\_

% del capitale \_\_\_\_\_ Cognome e Nome o Ragione Sociale \_\_\_\_\_

C.F./P. IVA \_\_\_\_\_

### Dichiarazioni

Il sottoscritto è responsabile della veridicità e correttezza dei dati e delle informazioni indicati nel presente Modulo, e si impegna a fornire a INSIEME tutte le ulteriori informazioni che si rendessero eventualmente necessarie e dichiara inoltre che:

è stata consegnata a sue mani su supporto  cartaceo  informatico (*barrare la casella corrispondente alla propria scelta*)

la documentazione di INSIEME Fondo Pensione Aperto composta dal Regolamento, dalle Condizioni generali di Contratto, dalla Nota Informativa, dal Documento sul regime fiscale, dal Documento sulle anticipazioni e dal Progetto esemplificativo standardizzato, di averne presa visione e di accettarne il contenuto;

di essere responsabile della completezza e della veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti;

che il soggetto incaricato della raccolta dell'adesione ha fornito in una forma di agevole comprensione, informazioni corrette, chiare e non fuorvianti, richiamando l'attenzione sulle informazioni contenute nella Nota Informativa e, in particolare, su quelle inerenti le principali caratteristiche della forma pensionistica riportate nella scheda sintetica, con specifico riguardo ai costi, alle opzioni di investimento e ai relativi rischi;

che il soggetto incaricato della raccolta dell'adesione ha richiamato l'attenzione:

a) con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato in Nota Informativa e sull'importanza di acquisire informazioni circa gli Indicatori sintetici dei costi relativi alle altre forme pensionistiche complementari, disponibili sul sito web della COVIP;

b) in merito ai contenuti del Progetto esemplificativo standardizzato, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP, precisando che lo stesso è volto a fornire una stima dell'evoluzione futura della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, così da consentire al medesimo di valutare la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che vuole conseguire;

c) sull'informazione, contenuta nel Progetto esemplificativo standardizzato, circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo messo a disposizione sul sito web della Società istitutrice del Fondo Pensione;

d) circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso di adesione alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Aderente** \_\_\_\_\_

Spazio riservato al Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni:

Agenzia Allianz  Broker

Codice Agenzia /Broker \_\_\_\_\_

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

Tel/cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Firma del Soggetto incaricato** \_\_\_\_\_  
(Visto per regolarità, autenticità ed identificazione dell'Aderente)

## Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali Vi informiamo sull'uso dei dati personali e sui diritti degli interessati.  
I dati forniti da Voi stessi o da altri soggetti<sup>2</sup> sono utilizzati da:

Allianz S.p.A.	Compagnia di assicurazioni che ha istituito e gestisce il Fondo Pensione INSIEME e che provvede alla raccolta delle adesioni.
Société Générale Securities Services S.p.A.	Banca Depositaria del Patrimonio del Fondo.

Le suddette società, titolari del trattamento, utilizzano i dati per la raccolta delle adesioni e la gestione del Fondo Pensione INSIEME, ciascuna per quanto di rispettiva competenza. Vi chiediamo quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei Vostri dati strettamente necessari per la gestione del Fondo suddetto.  
Per la gestione del Fondo a volte abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili"<sup>3</sup> come nel caso in cui si verificano particolari eventi quali quelli che danno diritto al riscatto o all'anticipazione della propria posizione individuale. Il consenso che Vi chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.  
Per tali finalità i Vostri dati, oltre che essere comunicati tra le predette Società, potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: broker assicurativi e banche. Il Vostro consenso riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo alle società titolari agli indirizzi sottoriportati. Senza i Vostri dati, non potrebbe essere instaurato e/o eseguito il rapporto contrattuale.  
Alcuni dati, poi, devono essere comunicati da Voi o da terzi per obbligo di legge, lo prevede ad esempio la disciplina anticiclaggio.

### Utilizzo dei dati personali per scopi promozionali

Inoltre, qualora acconsentiate, i dati che ci invierete o da noi detenuti – ad esclusione di quelli sensibili – saranno utilizzati dalle suddette Società al fine di svolgere attività promozionale di prodotti e servizi, anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.  
Vi chiediamo quindi, di esprimere il consenso, precisandoVi che lo stesso è del tutto facoltativo ed il Vostro eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la Vostra adesione al Fondo Pensione.

### Modalità d'uso dei dati

I Vostri dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirVi i servizi e le informazioni da Voi richieste anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. Utilizziamo le medesime modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni di questi dati ad altre Aziende del nostro stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre Aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia e all'estero. Per taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione del "responsabile" o dell'"incaricato" del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte dei Gruppi di appartenenza delle società titolari o della catena distributiva quali agenti ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, promotori finanziari, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto delle società quali legali, periti e medici; centrali operative di assistenza, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; soggetti terzi specializzati nelle attività di informazione e promozione commerciale.  
In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Vi precisiamo infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i nostri 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 potete conoscerlo agevolmente e gratuitamente chiedendolo alle società titolari agli indirizzi sottoriportati, ove potrete conoscere 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 che Vi chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro.

Vi informiamo inoltre che i Vostri dati personali non verranno diffusi.

Avete il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Vostri dati e come essi vengono utilizzati. Avete, anche, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporVi al loro trattamento<sup>4</sup>. Per l'esercizio dei Vostri diritti potete rivolgerVi a:

- Allianz S.p.A. – Servizio Clienti – Pronto Allianz, C.so Italia 23, 20122 Milano, numero verde 800686868, fax 02/72169145, e-mail [privacy@allianz.it](mailto:privacy@allianz.it) (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento).

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'Aderente per consenso \_\_\_\_\_

Potete decidere, inoltre, di concedere o negare il consenso per l'utilizzo dei Vostri dati per attività finalizzate a far conoscere nuovi servizi e prodotti.  
In particolare, potete consentire l'utilizzo dei Vostri dati non sensibili da parte di:

Allianz S.p.A.

(barrare la casella della/delle Società cui si intende rilasciare il consenso)

per iniziative promozionali relative a prodotti o servizi effettuate dalle società medesime o, per loro conto, da società specializzate cui, a tale scopo, potranno comunicare i dati anche attraverso l'uso di fax, di telefono anche cellulare, di posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'Aderente per consenso \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs n. 196/2003).

<sup>2</sup> Altri soggetti che effettuano operazioni che Vi riguardano o che, per soddisfare una Vostra richiesta, forniscono alla azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali ecc., come nel caso in cui l'adesione al Fondo Pensione avvenga su basi contrattuali collettive.

<sup>3</sup> Sono considerati sensibili i dati relativi, ad es. al Vostro stato di salute, alle Vostre opinioni politiche e sindacali e alle Vostre convinzioni religiose (art. 4, comma 1, lettera d) del Codice in materia di protezioni dei dati personali).

<sup>4</sup> Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. La cancellazione e 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 del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.



## Altre informazioni

Con la sottoscrizione del presente modulo l'Aderente, avendo ricevuto e approvato il Regolamento del Fondo, le Condizioni generali di Contratto ed avendo preso visione della relativa Nota Informativa, di cui il presente modulo è parte integrante e necessaria, accetta di partecipare, secondo le modalità prescelte, a "INSIEME".

L'Aderente prende atto che non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle elencate e che gli assegni e le rimesse interbancarie dirette (R.I.D./SDD) si intendono salvo buon fine.

Nel caso di assegno la valuta riconosciuta è di 2 giorni lavorativi successivi alla data di versamento, da parte del Fondo, alla Unicredit Banca S.p.A..

Per i bonifici e gli addebiti diretti in Conto Corrente la valuta è quella riconosciuta a Société Générale Securities Services S.p.A. dalla banca ordinante.

Per le rimesse interbancarie la valuta è pari alla data di addebito sul conto dell'Aderente, fissata al 15 di ogni mese o, se festivo, al giorno lavorativo immediatamente successivo.

L'Aderente prende atto inoltre che per l'investimento devono realizzarsi contemporaneamente le seguenti condizioni:

- a) il Fondo è entrato in possesso del mezzo di pagamento utilizzato ed è maturata la valuta sullo stesso mezzo;
- b) il Fondo ha avuto notizia certa del versamento ed è entrato in possesso delle informazioni necessarie all'attribuzione del contributo sulla Posizione Previdenziale dell'Aderente.

L'adesione al Fondo si conclude con la sottoscrizione del presente modulo; pertanto INSIEME considera acquisita l'accettazione dell'Aderente nel momento stesso in cui la sottoscrizione è effettuata.

La raccolta delle adesioni al Fondo può essere effettuata anche al di fuori della sede legale o dalle dipendenze dell'emittente, del proponente l'investimento o del soggetto incaricato della raccolta delle adesioni.

L'efficacia dei contratti conclusi fuori sede è sospesa per la durata di 7 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione da parte dell'Aderente. Entro detto termine l'Aderente può comunicare al soggetto incaricato della raccolta delle adesioni il proprio recesso senza spese né corrispettivo. Pertanto, la regolazione dei corrispettivi interverrà decorsi 7 giorni dalla data di sottoscrizione, indipendentemente dalla valuta riconosciuta da Allianz S.p.A..

Il diritto di recesso non si applica ai versamenti successivi e al trasferimento tra linee, a condizione che tali operazioni vengano realizzate nel rispetto delle modalità descritte nel presente modulo.

---

### LEGENDA

#### Tipo documento

01 - Carta di identità 02 - Patente di guida 03 - Passaporto 04 - Porto d'armi 05 - Tessera postale 06 - Tessera con foto rilasciata da P.A.  
07 - Certificato di nascita per minori

**Allianz S.p.A**

Sede legale Largo Ugo Imeri, 1 - 34123 Trieste  
Telefono +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311  
allianz.spa@pec.allianz.it  
www.allianz.it



CF, P. IVA e Registro imprese di Trieste n. 05032630963  
Capitale sociale euro 403.000.000 i.v.  
Iscritta all'Albo imprese di assicurazione n. 1.00152  
Capogruppo del gruppo assicurativo Allianz,  
iscritto all'Albo gruppi assicurativi n. 018  
Società con unico Socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco

Contatta il tuo consulente assicurativo per qualsiasi chiarimento

