

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome:	_____	Nome:	_____
Codice Fiscale:	_____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: _____
Comune di nascita	_____	Prov.	_____ Tel. _____
Indirizzo di residenza	_____	CAP	_____ E-mail: _____
Comune di residenza	_____	Prov.	_____

2. TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE ACCESSORIA

L'Aderente **CHIEDE** di **ATTIVARE** (E' possibile selezionare solo una tra le opzioni proposte):

COPERTURA IN CASO DI DECESSO O IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE dell'Aderente

Con premio annuo pari a **150 €**

Con premio annuo pari a **200 €**

COPERTURA IN CASO DI DECESSO E IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA (c.d. LTC) dell'Aderente

Con premio annuo pari a **150 €**

Con premio annuo pari a **200 €**

3. MODALITA' DI PAGAMENTO E DECORRENZA DELLA PRESTAZIONE ACCESSORIA

L'Aderente - o il Soggetto al quale l'Aderente risulti fiscalmente a carico - **PROVVEDE** ad effettuare il pagamento del primo premio mediante bonifico bancario sul conto corrente intestato al Fondo Pensione Aperto Soluzione Previdente - dedicato unicamente alle Prestazioni Accessorie facoltative - avente IBAN: IT30Q0347901600000802219203 e BIC PARBITMMXXX.

In caso di attivazione delle coperture in corso d'anno, l'importo del primo premio sarà determinato riducendo in misura proporzionale alla durata della copertura, il premio corrispondente alla durata di 1 anno. L'importo di tale premio è riportato nel modulo "Disposizione di bonifico per coperture accessorie" allegato al presente modulo di adesione.

INOLTRE

L'Aderente - o il Soggetto al quale l'Aderente risulti fiscalmente a carico - **AUTORIZZA** il Fondo Pensione a prelevare l'importo di ogni premio successivo al primo mediante addebito automatico sul conto corrente avente codice IBAN IT30Q0347901600000802219203 e BIC PARBITMMXXX acceso presso la Banca Distributrice, con data di addebito entro il 15 gennaio di ogni anno.

In caso di cessazione del rapporto dell'aderente con la Banca presso cui è stata effettuata l'adesione al Fondo Pensione o laddove non sia possibile attivare l'addebito automatico in conto, i versamenti successivi al primo potranno essere versati tramite bonifico bancario - direttamente a favore del Fondo Pensione - sul conto corrente utilizzato per il versamento del primo premio o, laddove variato, sul conto corrente che sarà comunicato dal Fondo Pensione.

La **data di decorrenza** della copertura accessoria verrà comunicata all'interno della lettera di conferma attivazione in seguito al pagamento del primo premio.

Se la richiesta di attivazione della copertura accessoria avviene entro il 15 del mese ed il pagamento del primo premio è effettuato con data valuta entro 5 giorni lavorativi prima della fine del mese di richiesta attivazione, la decorrenza della copertura sarà il primo giorno lavorativo del mese immediatamente successivo a quello di richiesta di attivazione.

Se la richiesta di attivazione della copertura accessoria avviene invece a partire dal 16 del mese ed il pagamento del primo premio è effettuato con data valuta entro 5 giorni lavorativi prima della fine del mese successivo a quello di richiesta di attivazione, la decorrenza della copertura sarà il primo giorno lavorativo del secondo mese successivo a quello di richiesta di attivazione.

Laddove il pagamento del primo premio non fosse effettuato entro i tempi sopra riportati la copertura selezionata non potrà essere operativa e sarà necessario richiedere una nuova attivazione (per maggiori dettagli si rimanda a quanto riportato nell'Allegato 3 del Regolamento).

4. SOGGETTI DESIGNATI DELLE PRESTAZIONI ACCESSORIE

Soggetti designati in caso di decesso: i medesimi soggetti selezionati per la prestazione pensionistica

Soggetti designati in caso di invalidità totale e permanente: l'aderente stesso

Soggetti designati in caso di non autosufficienza (c.d. LTC): l'aderente stesso

5. DICHIARAZIONE BUONO STATO DI SALUTE

Le dichiarazioni dell'aderente devono essere veritiere, esatte e complete, diversamente l'impresa di assicurazione potrebbe sottovalutare il rischio che avrebbe rifiutato. In caso di dichiarazioni inesatte o incomplete, l'impresa di assicurazione può valutare se la verità sia stata alterata o taciuta per malafede, colpa grave o negligenza, applicando le conseguenti disposizioni di Legge (Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice civile). Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'aderente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurata, nonché la cessazione della copertura assicurativa.

Se l'aderente non sottoscrive tutte le dichiarazioni sul Buono Stato di Salute non potrà usufruire delle prestazioni assicurative accessorie.

Dichiarazioni valide per tutte le tipologie di copertura assicurativa:

1. **Dichiaro di non soffrire e di non aver mai sofferto di una o più delle seguenti malattie e di non essermi sottoposto a cure o trattamenti per:**

- Tumori (compresa leucemia, linfomi, linfadenopatie)
- Infarto Miocardico, bypass e/o stent, angina pectoris, cardiomiopatie, difetti valvolari gravi
- Ictus, Attacco ischemico transitorio (TIA), emorragia cerebrale, aneurisma
- Enfisema, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), sarcoidosi
- Epatite B o C, cirrosi epatica, pancreatite, morbo di Crohn, colite ulcerosa
- Diabete, obesità
- Insufficienza renale o malattia renale richiedente dialisi
- Paralisi, paraplegia, sclerosi multipla, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer, demenza, malattia dei motoneuroni (compresa SLA), morbo di Huntington
- Artrite reumatoide, artrite psorisiaca, osteoporosi richiedente trattamento continuo, scoliosi moderata/grave, spondilite anchilosante
- HIV o malattie HIV-correlate
- Traumi o infortuni con postumi

Dichiaro inoltre di **non** essere stato ricoverato negli ultimi 3 anni* e di **non** essere in attesa di ricovero o di sottopormi ad accertamenti sanitari diagnostici o visite specialistiche al di fuori dai normali controlli di screening/prevenzione.

**Salvo per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione setto nasale, meniscectomia, rottura legamenti ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale, infortuni senza postumi*

Data _____

Firma aderente per conferma _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

2. Confermo inoltre che **non** mi è stata riconosciuta una invalidità/inabilità di qualsiasi grado/tipo, che **non** percepisco un assegno o una pensione di invalidità/inabilità e di **non** aver fatto domanda per ottenerli.

Data _____

Firma aderente per conferma _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Dichiarazioni valide per la sola copertura di perdita di autosufficienza (c.d. LTC) dell'Aderente:

3. Confermo inoltre che **non** necessito di ausili (quali sedia a rotelle, bastone, stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento di una o più delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa.

Data _____

Firma aderente per conferma _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

4. Confermo inoltre che nella mia parentela di primo grado (Padre, Madre, fratelli e sorelle) **non** ci sono stati diagnosi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni: Malattia di Alzheimer, Demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni, sclerosi multipla.

Data _____

Firma aderente per conferma _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

6. DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE

Con riferimento alla prestazione accessoria l'Aderente dichiara inoltre:

- Che le dichiarazioni rese sono veritiere, esatte e complete e che non ho taciuto, o messo o alterato alcuna circostanza tale che l'impresa di assicurazione, se avesse conosciuto il vero stato delle cose non avrebbe dato il suo consenso all'assunzione del rischio.
- Di essere consapevole che in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, l'adesione a qualsiasi delle coperture assicurative previste non sarà valida e le prestazioni assicurate non dovute.
- Di prosciogliere dal segreto professionale i medici e gli Enti che possono o potranno averlo curato o visitato, o altre persone alle quali la Compagnia, anche dopo l'eventuale sinistro, credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.
- Di riconoscere inoltre che la mancata sottoscrizione di dette dichiarazioni non darà luogo all'attivazione delle coperture.

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

DATA E LUOGO

FIRMA ADERENTE

DATA:

ALLA BANCA

DISPOSIZIONE BONIFICO PER PRESTAZIONI ACCESSORIE

Con la presente Vi diamo ordine di effettuare il seguente bonifico, con addebito sul conto corrente indicato in calce.

EURO: _____

Con Valuta: _____

ORDINANTE:

(Paese) (Cin - Eu) (Cin - IT) (ABI) (CAB) (Numero Conto Corrente)

BENEFICIARIO:

FPA "SOLUZIONE PREVIDENTE"
(Intestatario)

BNP Paribas S.A. - Succursale Italia
(Banca di accredito)

IT **30** **Q** **03479** **01600** **000802219203**
(Paese) (Cin - Eu) (Cin - IT) (ABI) (CAB) (Numero Conto Corrente)

(Causale del versamento: Codice fiscale, cognome e nome dell'Aderente)

(Firma dell'Aderente)

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Data:	_____
Alla Banca:	_____
Filiale di:	_____

AUTORIZZAZIONE ADDEBITO IN CONTO PER PRESTAZIONI ACCESSORIE

Con riferimento alle prestazioni accessorie facoltative l'aderente autorizza il pagamento dei premi successivi al primo, dell'importo di Euro _____ con frequenza annuale e data di addebito entro il 15 gennaio di ogni anno, tramite addebito automatico sul conto corrente avente codice IBAN _____ ed a favore della suddetta Banca Depositaria.

Luogo e data: _____ **Firma dell'aderente** _____

AUTORIZZAZIONE ADDEBITO IN CONTO PER PRESTAZIONI ACCESSORIE E DATI SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO PER CONTO DELL'ADERENTE

Con riferimento alle prestazioni accessorie facoltative, il sottoscritto autorizza per conto dell'aderente il pagamento dei premi successivi al primo, dell'importo di Euro _____ con frequenza annuale e data di addebito entro il 15 gennaio di ogni anno, tramite addebito automatico sul conto corrente avente codice IBAN _____ ed a favore della suddetta Banca Depositaria.

Cognome:	_____	Nome:	_____	Sesso:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Data di nascita:	_____	Città nascita:	_____	Prov.	_____	Stato:	_____
Res. Estero:	_____	Codice fiscale:	_____				
Indirizzo residenza:	_____	Stato:	_____				
Città:	_____	Prov:	_____	Cap:	_____		
Tipo documento:	_____	N. documento:	_____				
Emesso da:	_____	Luogo:	_____				
Data rilascio:	_____	Data scadenza:	_____				
Indirizzo recapito:	_____	Stato:	_____				
Città:	_____	Prov:	_____	Cap:	_____		
E-mail:	_____	Cittadinanza:	_____				

Luogo e data: _____ **Firma** _____

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome:	_____	Nome:	_____
Codice Fiscale:	_____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: _____
Comune di nascita	_____	Prov.	_____ Tel. _____
Indirizzo di residenza	_____	CAP	_____ E-mail: _____
Comune di residenza	_____	Prov.	_____

2. TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE ACCESSORIA

L'Aderente **CHIEDE** di **ATTIVARE** (E' possibile selezionare solo una tra le opzioni proposte):

<input type="checkbox"/>	COPERTURA IN CASO DI DECESSO O IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE dell'Aderente
<input type="checkbox"/>	Con premio annuo pari a 150 €
<input type="checkbox"/>	Con premio annuo pari a 200 €
<input type="checkbox"/>	COPERTURA IN CASO DI DECESSO E IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA (c.d. LTC) dell'Aderente
<input type="checkbox"/>	Con premio annuo pari a 150 €
<input type="checkbox"/>	Con premio annuo pari a 200 €

3. MODALITA' DI PAGAMENTO E DECORRENZA DELLA PRESTAZIONE ACCESSORIA

L'Aderente - o il Soggetto al quale l'Aderente risulti fiscalmente a carico - **PROVVEDE** ad effettuare il pagamento del primo premio mediante bonifico bancario sul conto corrente intestato al Fondo Pensione Aperto Soluzione Previdente - dedicato unicamente alle Prestazioni Accessorie facoltative - avente IBAN: IT30Q0347901600000802219203 e BIC PARBITMMXXX.

In caso di attivazione delle coperture in corso d'anno, l'importo del primo premio sarà determinato riducendo in misura proporzionale alla durata della copertura, il premio corrispondente alla durata di 1 anno. L'importo di tale premio è riportato nel modulo "Disposizione di bonifico per coperture accessorie" allegato al presente modulo di adesione.

INOLTRE

L'Aderente - o il Soggetto al quale l'Aderente risulti fiscalmente a carico - **AUTORIZZA** il Fondo Pensione a prelevare l'importo di ogni premio successivo al primo mediante addebito automatico sul conto corrente avente codice IBAN IT30Q0347901600000802219203 e BIC PARBITMMXXX acceso presso la Banca Distributrice, con data di addebito entro il 15 gennaio di ogni anno.

In caso di cessazione del rapporto dell'aderente con la Banca presso cui è stata effettuata l'adesione al Fondo Pensione o laddove non sia possibile attivare l'addebito automatico in conto, i versamenti successivi al primo potranno essere versati tramite bonifico bancario - direttamente a favore del Fondo Pensione - sul conto corrente utilizzato per il versamento del primo premio o, laddove variato, sul conto corrente che sarà comunicato dal Fondo Pensione.

La **data di decorrenza** della copertura accessoria verrà comunicata all'interno della lettera di conferma attivazione in seguito al pagamento del primo premio.

Se la richiesta di attivazione della copertura accessoria avviene entro il 15 del mese ed il pagamento del primo premio è effettuato con data valuta entro 5 giorni lavorativi prima della fine del mese di richiesta attivazione, la decorrenza della copertura sarà il primo giorno lavorativo del mese immediatamente successivo a quello di richiesta di attivazione.

Se la richiesta di attivazione della copertura accessoria avviene invece a partire dal 16 del mese ed il pagamento del primo premio è effettuato con data valuta entro 5 giorni lavorativi prima della fine del mese successivo a quello di richiesta di attivazione, la decorrenza della copertura sarà il primo giorno lavorativo del secondo mese successivo a quello di richiesta di attivazione.

Laddove il pagamento del primo premio non fosse effettuato entro i tempi sopra riportati la copertura selezionata non potrà essere operativa e sarà necessario richiedere una nuova attivazione (per maggiori dettagli si rimanda a quanto riportato nell'Allegato 3 del Regolamento).

4. SOGGETTI DESIGNATI DELLE PRESTAZIONI ACCESSORIE

Soggetti designati in caso di decesso: i medesimi soggetti selezionati per la prestazione pensionistica

Soggetti designati in caso di invalidità totale e permanente: l'aderente stesso

Soggetti designati in caso di non autosufficienza (c.d. LTC): l'aderente stesso

5. DICHIARAZIONE BUONO STATO DI SALUTE

Le dichiarazioni dell'aderente devono essere veritiere, esatte e complete, diversamente l'impresa di assicurazione potrebbe sottovalutare il rischio che avrebbe rifiutato. In caso di dichiarazioni inesatte o incomplete, l'impresa di assicurazione può valutare se la verità sia stata alterata o taciuta per malafede, colpa grave o negligenza, applicando le conseguenti disposizioni di Legge (Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice civile). Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'aderente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurata, nonché la cessazione della copertura assicurativa.

Se l'aderente non sottoscrive tutte le dichiarazioni sul Buono Stato di Salute non potrà usufruire delle prestazioni assicurative accessorie.

Dichiarazioni valide per tutte le tipologie di copertura assicurativa:

1. **Dichiaro di non soffrire e di non aver mai sofferto di una o più delle seguenti malattie e di non essermi sottoposto a cure o trattamenti per:**

- Tumori (compresa leucemia, linfomi, linfadenopatie)
- Infarto Miocardico, bypass e/o stent, angina pectoris, cardiomiopatie, difetti valvolari gravi
- Ictus, Attacco ischemico transitorio (TIA), emorragia cerebrale, aneurisma
- Enfisema, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), sarcoidosi
- Epatite B o C, cirrosi epatica, pancreatite, morbo di Crohn, colite ulcerosa
- Diabete, obesità
- Insufficienza renale o malattia renale richiedente dialisi
- Paralisi, paraplegia, sclerosi multipla, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer, demenza, malattia dei motoneuroni (compresa SLA), morbo di Huntington
- Artrite reumatoide, artrite psorisiaca, osteoporosi richiedente trattamento continuo, scoliosi moderata/grave, spondilite anchilosante
- HIV o malattie HIV-correlate
- Traumi o infortuni con postumi

Dichiaro inoltre di **non** essere stato ricoverato negli ultimi 3 anni* e di **non** essere in attesa di ricovero o di sottopormi ad accertamenti sanitari diagnostici o visite specialistiche al di fuori dai normali controlli di screening/prevenzione.

**Salvo per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione setto nasale, meniscectomia, rottura legamenti ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale, infortuni senza postumi*

Data _____

Firma aderente per conferma _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

2. Confermo inoltre che **non** mi è stata riconosciuta una invalidità/inabilità di qualsiasi grado/tipo, che **non** percepisco un assegno o una pensione di invalidità/inabilità e di **non** aver fatto domanda per ottenerli.

Data _____

Firma aderente per conferma _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Dichiarazioni valide per la sola copertura di perdita di autosufficienza (c.d. LTC) dell'Aderente:

3. Confermo inoltre che **non** necessito di ausili (quali sedia a rotelle, bastone, stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento di una o più delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa.

Data _____

Firma aderente per conferma _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

4. Confermo inoltre che nella mia parentela di primo grado (Padre, Madre, fratelli e sorelle) **non** ci sono stati diagnosi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni: Malattia di Alzheimer, Demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni, sclerosi multipla.

Data _____

Firma aderente per conferma _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

6. DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE

Con riferimento alla prestazione accessoria l'Aderente dichiara inoltre:

- Che le dichiarazioni rese sono veritiere, esatte e complete e che non ho taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza tale che l'impresa di assicurazione, se avesse conosciuto il vero stato delle cose non avrebbe dato il suo consenso all'assunzione del rischio.
- Di essere consapevole che in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, l'adesione a qualsiasi delle coperture assicurative previste non sarà valida e le prestazioni assicurate non dovute.
- Di prosciogliere dal segreto professionale i medici e gli Enti che possono o potranno averlo curato o visitato, o altre persone alle quali la Compagnia, anche dopo l'eventuale sinistro, credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.
- Di riconoscere inoltre che la mancata sottoscrizione di dette dichiarazioni non darà luogo all'attivazione delle coperture.

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

DATA E LUOGO

FIRMA ADERENTE

DATA:

ALLA BANCA

DISPOSIZIONE BONIFICO PER PRESTAZIONI ACCESSORIE

Con la presente Vi diamo ordine di effettuare il seguente bonifico, con addebito sul conto corrente indicato in calce.

EURO: _____

Con Valuta: _____

ORDINANTE:

(Paese) (Cin - Eu) (Cin - IT) (ABI) (CAB) (Numero Conto Corrente)

BENEFICIARIO:

FPA "SOLUZIONE PREVIDENTE"
(Intestatario)

BNP Paribas S.A. - Succursale Italia
(Banca di accredito)

IT **30** **Q** **03479** **01600** **000802219203**
(Paese) (Cin - Eu) (Cin - IT) (ABI) (CAB) (Numero Conto Corrente)

(Causale del versamento: Codice fiscale, cognome e nome dell'Aderente)

(Firma dell'Aderente)

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Data:	_____
Alla Banca:	_____
Filiale di:	_____

AUTORIZZAZIONE ADDEBITO IN CONTO PER PRESTAZIONI ACCESSORIE

Con riferimento alle prestazioni accessorie facoltative l'aderente autorizza il pagamento dei premi successivi al primo, dell'importo di Euro _____ con frequenza annuale e data di addebito entro il 15 gennaio di ogni anno, tramite addebito automatico sul conto corrente avente codice IBAN _____ ed a favore della suddetta Banca Depositaria.

Luogo e data: _____ **Firma dell'aderente** _____

AUTORIZZAZIONE ADDEBITO IN CONTO PER PRESTAZIONI ACCESSORIE E DATI SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO PER CONTO DELL'ADERENTE

Con riferimento alle prestazioni accessorie facoltative, il sottoscritto autorizza per conto dell'aderente il pagamento dei premi successivi al primo, dell'importo di Euro _____ con frequenza annuale e data di addebito entro il 15 gennaio di ogni anno, tramite addebito automatico sul conto corrente avente codice IBAN _____ ed a favore della suddetta Banca Depositaria.

Cognome:	_____	Nome:	_____	Sesso:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Data di nascita:	_____	Città nascita:	_____	Prov.	_____	Stato:	_____
Res. Estero:	_____	Codice fiscale:	_____				
Indirizzo residenza:	_____	Stato:	_____				
Città:	_____	Prov:	_____	Cap:	_____		
Tipo documento:	_____	N. documento:	_____				
Emesso da:	_____	Luogo:	_____				
Data rilascio:	_____	Data scadenza:	_____				
Indirizzo recapito:	_____	Stato:	_____				
Città:	_____	Prov:	_____	Cap:	_____		
E-mail:	_____	Cittadinanza:	_____				

Luogo e data: _____ **Firma** _____

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome:	_____	Nome:	_____
Codice Fiscale:	_____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: _____
Comune di nascita	_____	Prov.	_____ Tel. _____
Indirizzo di residenza	_____	CAP	_____ E-mail: _____
Comune di residenza	_____	Prov.	_____

2. TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE ACCESSORIA

L'Aderente **CHIEDE** di **ATTIVARE** (E' possibile selezionare solo una tra le opzioni proposte):

<input type="checkbox"/>	COPERTURA IN CASO DI DECESSO O IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE dell'Aderente
<input type="checkbox"/>	Con premio annuo pari a 150 €
<input type="checkbox"/>	Con premio annuo pari a 200 €
<input type="checkbox"/>	COPERTURA IN CASO DI DECESSO E IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA (c.d. LTC) dell'Aderente
<input type="checkbox"/>	Con premio annuo pari a 150 €
<input type="checkbox"/>	Con premio annuo pari a 200 €

3. MODALITA' DI PAGAMENTO E DECORRENZA DELLA PRESTAZIONE ACCESSORIA

L'Aderente - o il Soggetto al quale l'Aderente risulti fiscalmente a carico - **PROVEDE** ad effettuare il pagamento del primo premio mediante bonifico bancario sul conto corrente intestato al Fondo Pensione Aperto Soluzione Previdente - dedicato unicamente alle Prestazioni Accessorie facoltative - avente IBAN: IT30Q0347901600000802219203 e BIC PARBITMMXXX.

In caso di attivazione delle coperture in corso d'anno, l'importo del primo premio sarà determinato riducendo in misura proporzionale alla durata della copertura, il premio corrispondente alla durata di 1 anno. L'importo di tale premio è riportato nel modulo "Disposizione di bonifico per coperture accessorie" allegato al presente modulo di adesione.

INOLTRE

L'Aderente - o il Soggetto al quale l'Aderente risulti fiscalmente a carico - **AUTORIZZA** il Fondo Pensione a prelevare l'importo di ogni premio successivo al primo mediante addebito automatico sul conto corrente avente codice IBAN IT30Q0347901600000802219203 e BIC PARBITMMXXX acceso presso la Banca Distributrice, con data di addebito entro il 15 gennaio di ogni anno.

In caso di cessazione del rapporto dell'aderente con la Banca presso cui è stata effettuata l'adesione al Fondo Pensione o laddove non sia possibile attivare l'addebito automatico in conto, i versamenti successivi al primo potranno essere versati tramite bonifico bancario - direttamente a favore del Fondo Pensione - sul conto corrente utilizzato per il versamento del primo premio o, laddove variato, sul conto corrente che sarà comunicato dal Fondo Pensione.

La **data di decorrenza** della copertura accessoria verrà comunicata all'interno della lettera di conferma attivazione in seguito al pagamento del primo premio.

Se la richiesta di attivazione della copertura accessoria avviene entro il 15 del mese ed il pagamento del primo premio è effettuato con data valuta entro 5 giorni lavorativi prima della fine del mese di richiesta attivazione, la decorrenza della copertura sarà il primo giorno lavorativo del mese immediatamente successivo a quello di richiesta di attivazione.

Se la richiesta di attivazione della copertura accessoria avviene invece a partire dal 16 del mese ed il pagamento del primo premio è effettuato con data valuta entro 5 giorni lavorativi prima della fine del mese successivo a quello di richiesta di attivazione, la decorrenza della copertura sarà il primo giorno lavorativo del secondo mese successivo a quello di richiesta di attivazione.

Laddove il pagamento del primo premio non fosse effettuato entro i tempi sopra riportati la copertura selezionata non potrà essere operativa e sarà necessario richiedere una nuova attivazione (per maggiori dettagli si rimanda a quanto riportato nell'Allegato 3 del Regolamento).

4. SOGGETTI DESIGNATI DELLE PRESTAZIONI ACCESSORIE

Soggetti designati in caso di decesso: i medesimi soggetti selezionati per la prestazione pensionistica

Soggetti designati in caso di invalidità totale e permanente: l'aderente stesso

Soggetti designati in caso di non autosufficienza (c.d. LTC): l'aderente stesso

5. DICHIARAZIONE BUONO STATO DI SALUTE

Le dichiarazioni dell'aderente devono essere veritiere, esatte e complete, diversamente l'impresa di assicurazione potrebbe sottovalutare il rischio che avrebbe rifiutato. In caso di dichiarazioni inesatte o incomplete, l'impresa di assicurazione può valutare se la verità sia stata alterata o taciuta per malafede, colpa grave o negligenza, applicando le conseguenti disposizioni di Legge (Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice civile). Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'aderente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurata, nonché la cessazione della copertura assicurativa.

Se l'aderente non sottoscrive tutte le dichiarazioni sul Buono Stato di Salute non potrà usufruire delle prestazioni assicurative accessorie.

Dichiarazioni valide per tutte le tipologie di copertura assicurativa:

1. **Dichiaro di non soffrire e di non aver mai sofferto di una o più delle seguenti malattie e di non essermi sottoposto a cure o trattamenti per:**

- Tumori (compresa leucemia, linfomi, linfadenopatie)
- Infarto Miocardico, bypass e/o stent, angina pectoris, cardiomiopatie, difetti valvolari gravi
- Ictus, Attacco ischemico transitorio (TIA), emorragia cerebrale, aneurisma
- Enfisema, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), sarcoidosi
- Epatite B o C, cirrosi epatica, pancreatite, morbo di Crohn, colite ulcerosa
- Diabete, obesità
- Insufficienza renale o malattia renale richiedente dialisi
- Paralisi, paraplegia, sclerosi multipla, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer, demenza, malattia dei motoneuroni (compresa SLA), morbo di Huntington
- Artrite reumatoide, artrite psorisiaca, osteoporosi richiedente trattamento continuo, scoliosi moderata/grave, spondilite anchilosante
- HIV o malattie HIV-correlate
- Traumi o infortuni con postumi

Dichiaro inoltre di **non** essere stato ricoverato negli ultimi 3 anni* e di **non** essere in attesa di ricovero o di sottopormi ad accertamenti sanitari diagnostici o visite specialistiche al di fuori dai normali controlli di screening/prevenzione.

**Salvo per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione setto nasale, meniscectomia, rottura legamenti ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale, infortuni senza postumi*

Data _____

Firma aderente per conferma _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

2. Confermo inoltre che **non** mi è stata riconosciuta una invalidità/inabilità di qualsiasi grado/tipo, che **non** percepisco un assegno o una pensione di invalidità/inabilità e di **non** aver fatto domanda per ottenerli.

Data _____

Firma aderente per conferma _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Dichiarazioni valide per la sola copertura di perdita di autosufficienza (c.d. LTC) dell'Aderente:

3. Confermo inoltre che **non** necessito di ausili (quali sedia a rotelle, bastone, stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento di una o più delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa.

Data _____

Firma aderente per conferma _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

4. Confermo inoltre che nella mia parentela di primo grado (Padre, Madre, fratelli e sorelle) **non** ci sono stati diagnosi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni: Malattia di Alzheimer, Demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni, sclerosi multipla.

Data _____

Firma aderente per conferma _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

6. DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE

Con riferimento alla prestazione accessoria l'Aderente dichiara inoltre:

- Che le dichiarazioni rese sono veritiere, esatte e complete e che non ho taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza tale che l'impresa di assicurazione, se avesse conosciuto il vero stato delle cose non avrebbe dato il suo consenso all'assunzione del rischio.
- Di essere consapevole che in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, l'adesione a qualsiasi delle coperture assicurative previste non sarà valida e le prestazioni assicurate non dovute.
- Di prosciogliere dal segreto professionale i medici e gli Enti che possono o potranno averlo curato o visitato, o altre persone alle quali la Compagnia, anche dopo l'eventuale sinistro, credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.
- Di riconoscere inoltre che la mancata sottoscrizione di dette dichiarazioni non darà luogo all'attivazione delle coperture.

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

DATA E LUOGO

FIRMA ADERENTE

DATA:

ALLA BANCA

DISPOSIZIONE BONIFICO PER PRESTAZIONI ACCESSORIE

Con la presente Vi diamo ordine di effettuare il seguente bonifico, con addebito sul conto corrente indicato in calce.

EURO: _____

Con Valuta: _____

ORDINANTE:

(Paese) (Cin - Eu) (Cin - IT) (ABI) (CAB) (Numero Conto Corrente)

BENEFICIARIO:

FPA "SOLUZIONE PREVIDENTE"
(Intestatario)

BNP Paribas S.A. - Succursale Italia
(Banca di accredito)

IT **30** **Q** **03479** **01600** **000802219203**
(Paese) (Cin - Eu) (Cin - IT) (ABI) (CAB) (Numero Conto Corrente)

(Causale del versamento: Codice fiscale, cognome e nome dell'Aderente)

(Firma dell'Aderente)

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Data:	_____
Alla Banca:	_____
Filiale di:	_____

AUTORIZZAZIONE ADDEBITO IN CONTO PER PRESTAZIONI ACCESSORIE

Con riferimento alle prestazioni accessorie facoltative l'aderente autorizza il pagamento dei premi successivi al primo, dell'importo di Euro _____ con frequenza annuale e data di addebito entro il 15 gennaio di ogni anno, tramite addebito automatico sul conto corrente avente codice IBAN _____ ed a favore della suddetta Banca Depositaria.

Luogo e data: _____ **Firma dell'aderente** _____

AUTORIZZAZIONE ADDEBITO IN CONTO PER PRESTAZIONI ACCESSORIE E DATI SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO PER CONTO DELL'ADERENTE

Con riferimento alle prestazioni accessorie facoltative, il sottoscritto autorizza per conto dell'aderente il pagamento dei premi successivi al primo, dell'importo di Euro _____ con frequenza annuale e data di addebito entro il 15 gennaio di ogni anno, tramite addebito automatico sul conto corrente avente codice IBAN _____ ed a favore della suddetta Banca Depositaria.

Cognome:	_____	Nome:	_____	Sesso:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Data di nascita:	_____	Città nascita:	_____	Prov.	_____	Stato:	_____
Res. Estero:	_____	Codice fiscale:	_____				
Indirizzo residenza:	_____	Stato:	_____				
Città:	_____	Prov:	_____	Cap:	_____		
Tipo documento:	_____	N. documento:	_____				
Emesso da:	_____	Luogo:	_____				
Data rilascio:	_____	Data scadenza:	_____				
Indirizzo recapito:	_____	Stato:	_____				
Città:	_____	Prov:	_____	Cap:	_____		
E-mail:	_____	Cittadinanza:	_____				

Luogo e data: _____ **Firma** _____

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO