

SOLUZIONE PREVIDENTE FONDO PENSIONE APERTO

Modulo di adesione a SOLUZIONE PREVIDENTE – FONDO PENSIONE APERTO

Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 155

Attenzione: L'adesione a SOLUZIONE PREVIDENTE – FONDO PENSIONE APERTO deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Parte I "Le informazioni chiave per l'aderente" della Nota Informativa e dell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità". La Nota Informativa e il Regolamento sono disponibili sul sito www.helvetia.it, nella Sezione Previdenza Complementare – Soluzione Previdente. Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'aderente.

Banca: _____ Filiale: _____

Spett.le Helvetia Vita S.p.A.
Gestione Operativa - Previdenza
Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano

Dati dell'aderente

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Sesso M F Data nascita _____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato _____
Tipo documento _____ N. Doc. _____
Data di emissione _____ Data scadenza _____
Località rilascio _____ Rilasciato da _____
Residenza Indirizzo _____
Cap. _____ Comune _____ Prov. _____ Stato _____
Telefono _____ E-Mail _____
Professione _____ Titolo di studio _____
Indirizzo recapito _____
(se diverso da residenza)
Cap. _____ Comune _____ Prov. _____ Stato _____

Desidero ricevere la corrispondenza in formato:

elettronico via e-mail cartaceo all'indirizzo sopra riportato

Dati del soggetto verso il quale l'aderente risulta fiscalmente a carico (eventuale)

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Sesso M F Data nascita _____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato _____
Tipo documento _____ N. Doc. _____
Data di emissione _____ Data scadenza _____
Località rilascio _____ Rilasciato da _____
Residenza Indirizzo _____
Cap. _____ Comune _____ Prov. _____ Stato _____
Indirizzo recapito _____
(se diverso da residenza)
Cap. _____ Comune _____ Prov. _____ Stato _____

Dati dell'attività lavorativa

Condizione professionale

libero professionista/ lavoratore autonomo dipendente del settore pubblico dipendente del settore privato
 soggetto fiscalmente a carico di iscritto al Fondo soggetto diverso da quelli precedenti

Anno di presunto pensionamento: _____

Iscritto ad altra forma pensionistica complementare? _____

No Sì

Data prima adesione alla previdenza complementare _____

Denominazione altra forma pensionistica complementare _____

Numero Iscrizione Albo COVIP: _____ Data adesione _____

Le è stata consegnata la Scheda Costi della forma a cui già aderisce? _____

Sì

No*

* Non è prevista la consegna della Scheda dei costi solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.

Trasferimento della posizione maturata da altra forma pensionistica? Sì No
Denominazione altra forma pensionistica complementare _____

Istituita da _____ N. adesione _____
Indirizzo _____
Cap. _____ Comune _____ Prov. _____ Stato _____

Tipologia di adesione

<input type="checkbox"/> A) INDIVIDUALE SENZA APPORTO DI TFR (trattamento di fine rapporto)	<input type="checkbox"/> B) INDIVIDUALE CON APPORTO DI TFR ED EVENTUALE CONTRIBUTO A CARICO DEL LAVORATORE	<input type="checkbox"/> C) COLLETTIVA CON APPORTO DEL SOLO TFR (trattamento di fine rapporto)	<input type="checkbox"/> D) COLLETTIVA CON APPORTO DI TFR ed EVENTUALI ULTERIORI FONTI CONTRIBUTIVE (contributo azienda, lavoratore)
---	---	--	--

DATI DELL'AZIENDA

Indicare i dati dell'Azienda nei casi B), C) e D) e in tutti i casi in cui l'aderente risulta essere lavoratore dipendente

Tipo adesione collettiva Contratti o accordi collettivi – regolamenti aziendali Accordi Plurimi

Codice Convenzione _____ Ragione Sociale _____

Cod. Fisc./P. Iva

Indirizzo _____

Cap. _____ Comune _____ Prov. _____ Stato _____

Referente _____ Telefono _____

E-Mail _____

DATI AGGIUTIVI DELL'ADERENTE (da compilare sempre in caso di adesioni individuali)

L'aderente dichiara di essere non essere U.S. Person soggetta alla normativa FATCA

In caso positivo indicare il codice U.S. TIN: _____

L'aderente dichiara di avere non avere altri domicili fiscali oltre a quello italiano e americano

In caso positivo indicare nome Paese e codice fiscale: _____

Dati di adesione

L'aderente chiede di aderire al Fondo Pensione Aperto Soluzione Previdente (di seguito per brevità indicato come Fondo), gestito da Helvetia Vita S.p.A. ed autorizzato dalla Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione con provvedimento del 19/07/2006 ed a tal fine dichiara che le condizioni e le modalità di adesione al Fondo sono quelle di seguito riportate.

Riservato ai lavoratori dipendenti

L'aderente delega contestualmente il proprio datore di lavoro a prelevare dalla propria retribuzione e/o dalla quota annuale del proprio TFR gli importi di seguito indicati:

Modalità di contribuzione

Coordinate IBAN del Fondo:

Paese	CIN-EU	CIN-IT	ABI	CAB	N. Conto Corrente
IT	02	N	03479	01600	000802219200

(BIC PARBITMMXXX) intestato a FPA Soluzione Previdente, presso BNP Paribas S.A. – Succursale Italia, con sede legale in Milano, Piazza Lina Bo Bardi n. 3, 20124.

Primo versamento dell'aderente a mezzo bonifico

importo pari a Euro _____
effettuato con addebito sul conto corrente riportato nel modulo di disposizione del bonifico.

I versamenti dell'aderente successivi al primo:

di importo pari a Euro _____

versati mediante procedura di addebito (SEPA Direct Debit Core) sul conto corrente riportato nell'apposito mandato e con frequenza:

mensile bimestrale trimestrale quadrimestrale semestrale annuale

e data di addebito il giorno 10 di ciascun periodo selezionato.

Intestatario del conto corrente da utilizzare ai fini SEPA: _____

Codice Fiscale dell'Intestatario del conto corrente (laddove diverso dall'Aderente): _____

L'Aderente comunica che il proprio reddito/retribuzione/imponibile è pari a Euro _____

Versamenti a carico del Datore di lavoro

Contributo del datore di lavoro pari al _____ % della retribuzione

TFR _____ %

versati tramite distinta contributiva effettuata dal datore di lavoro in base alla periodicità prevista negli accordi interni e in ogni caso almeno una volta all'anno.

Opzioni di investimento

Si consiglia di effettuare la scelta dell'opzione di investimento dopo aver compilato il Questionario di Autovalutazione riportato più avanti.

I contributi saranno ripartiti nei seguenti comparti di investimento in base alle percentuali indicate di seguito:

Comparto	Classe di quota			Categoria	% scelta
Linea 1 Garantita	Standard	A	B	Garantito	
Linea 2 Prudente	Standard	A	B	Bilanciato	
Linea 3 Equilibrata	Standard	A	B	Bilanciato	
Linea 4 Dinamica	Standard	A	B	Azionario	

La contribuzione verrà destinata ai Comparti prescelti e non potrà essere trasferita ad altra forma pensionistica o ad altro Comparto del medesimo Fondo, salvo le ipotesi di trasferimento e di conversione espressamente disciplinate al comma 2 dell'art. 6 del Regolamento del Fondo, prima che sia decorso il periodo di permanenza minima ai sensi dell'articolo sopra citato.

Si segnala che il comparto denominato "Linea 1 Garantita" può essere scelto esclusivamente da Aderenti di età non inferiore a 55 anni compiuti e/o in caso di conferimento di TFR tacito.

Prestazioni assicurative accessorie facoltative (è possibile selezionare solo una delle opzioni):

L'aderente richiede di:

- attivare la copertura in caso di decesso o in caso di invalidità totale e permanente dell'aderente**
(N.B. Tale copertura è attivabile esclusivamente da aderenti lavoratori)
- attivare la copertura in caso di decesso e in caso di perdita di autosufficienza (Long Term Care o LTC) dell'aderente**
- non attivare le coperture assicurative accessorie**

mediante il pagamento di un premio annuo pari a: 150 Euro 200 Euro

Data decorrenza copertura accessoria*: verrà comunicata all'interno della lettera di conferma attivazione.

* 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 richiederne l'attivazione con procedura separata e successiva (per maggiori dettagli si rimanda a quanto riportato nell'Allegato 3 del Regolamento).

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".

Il pagamento del primo premio deve essere effettuato esclusivamente tramite bonifico bancario direttamente a favore di FPA Soluzione Previdente sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT30Q034790160000802219203 e BIC PARBITMMXXX.

Il pagamento dei premi successivi al primo deve invece essere effettuato tramite addebito automatico sul conto corrente avente codice IBAN IT30Q034790160000802219203 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.

Dichiarazione di Buono Stato di Salute dell'aderente

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 compresi leucemia, linfomi e linfadenopatie (non sono da dichiarare le patologie oncologiche da cui l'Assicurando sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di compilazione della presente Dichiarazione. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni. Si rimanda all'Allegato 1 "Tabella delle patologie" stampata in calce al presente Modulo di Adesione nonché disponibile nella sezione "Documentazione" del Fondo Pensione per i dettagli relativi alle patologie che prevedono termini ulteriormente ridotti per il maturarsi del diritto all'oblio oncologico)
 - 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, osteroporosi 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 aggiuntive valide per la sola copertura di perdita di autosufficienza 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)

Soggetti designati

Soggetti designati della prestazione pensionistica in caso di decesso dell'aderente

L'aderente dichiara che in caso di decesso i beneficiari, ai sensi delle disposizioni dell'art. 14, comma 3 del D. Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 e s.m.i., sono le seguenti persone:

Eredi legittimi

I seguenti soggetti

1) Cognome (Ragione Sociale) _____ Nome _____
Cod. Fisc. _____ Sesso M F Data nascita _____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato _____
Comune di residenza/Sede legale _____
Cap. _____ Comune _____ Prov. _____ Stato _____
Telefono _____ E-mail _____
% Beneficio _____

2) Cognome (Ragione Sociale) _____ Nome _____
Cod. Fisc. _____ Sesso M F Data nascita _____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato _____
Comune di residenza/Sede legale _____
Cap. _____ Comune _____ Prov. _____ Stato _____
Telefono _____ E-mail _____
% Beneficio _____

Si ricorda che in forza dell'art. 14, comma 3, del d.lgs. 252/05 e s.m.i. in caso di decesso dell'iscritto prima della maturazione dei requisiti per la prestazione ovvero nel corso dell'erogazione della "Rendita Integrativa Temporanea Anticipata" (RITA), possono presentare domanda di riscatto gli eredi ovvero i diversi beneficiari, persone fisiche o giuridiche, designati dall'iscritto. In mancanza di tali soggetti la posizione rimarrà acquisita al Fondo.

È possibile indicare uno o più beneficiari della prestazione, precisando nella casella "Percentuale di beneficio" la percentuale

della prestazione che si intende attribuire a ciascuno.

Qualora si intendano designare diversi beneficiari tra di loro alternativi (ad es. il beneficiario n. 2 deve ricevere la prestazione solo in caso di morte del beneficiario n. 1) indicare per tutti la percentuale del 100%.

Diversamente indicare la percentuale della prestazione che si intende attribuire a ciascuno rispetto al totale della prestazione disponibile.

Soggetti designati delle Prestazioni assicurative accessorie

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Soggetti designati in caso di decesso: i medesimi soggetti selezionati per la prestazione pensionistica |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti designati in caso di invalidità totale e permanente: l'aderente stesso |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti designati in caso di non autosufficienza: l'aderente stesso |

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016

Helvetia Vita S.p.A. rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali, forniamo di seguito le informazioni essenziali relative al trattamento e le modalità per esercitare agevolmente ed in modo consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa.

1. Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano; Telefono: 02 53.51.1; Email Pec: helvetiavita@actaliscertymail.it.

2. Dati di contatto del Responsabile per la Protezione dei Dati

Per qualsiasi informazione o per l'esercizio dei Suoi diritti potrà rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati, inviando una comunicazione scritta all'indirizzo della Compagnia: via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano, o tramite mail al recapito: privacy@helvetia.it.

3. Finalità del trattamento dei dati

Il Titolare tratta¹ i Suoi Dati Personali - inclusi quelli appartenenti alle "categorie particolari", come i dati relativi alla salute - che Lei comunica direttamente (es. tramite siti internet, portali, social media) o raccolti tramite la rete di intermediari, **per svolgere le attività necessarie alla gestione del Suo rapporto assicurativo (Finalità Assicurativa)**.

Rientrano tra le finalità assicurative: la preventivazione dei premi, la stipula di polizze assicurative, la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni, la riassicurazione, la coassicurazione.

Il Titolare tratterà i Suoi dati personali altresì per adempiere a specifici **obblighi di legge**, quali a titolo esemplificativo: prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; prevenzione del riciclaggio di denaro e finanziamento del terrorismo; prevenzione e individuazione delle frodi fiscali - garantendo l'adempimento degli obblighi di comunicazione alle autorità fiscali.

4. Base del trattamento

La base giuridica del trattamento è:

- l'adempimento di **obblighi precontrattuali e contrattuali** (e di legge², ove previsti);
- il consenso esplicito, nel trattamento delle "categorie particolari" di dati personali.

5. Modalità d'uso dei dati personali

I Suoi dati personali sono trattati dal Titolare mediante operazioni - manuali o anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati - strettamente necessari per fornirle le prestazioni, i servizi e i prodotti assicurativi richiesti.

6. Destinatari dei dati

Per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nell'informativa i Suoi dati sono trattati e/o possono essere comunicati a:

- dipendenti e collaboratori del Titolare nell'ambito delle rispettive funzioni;
- soggetti (o categorie di soggetti) a titolo esemplificativo di seguito elencati (c.d. catena assicurativa)³ :
 - soggetti del settore assicurativo (assicuratori, coassicuratori e riassicuratori);
 - intermediari di vendita (agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione); banche e SIM;
 - fornitori terzi (legali, medici legali, cliniche; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri, il recupero dei crediti, il controllo delle frodi, le indagini sul grado di soddisfazione della clientela, nonché società di servizi informatici, di factoring, di revisione contabile e certificazione del bilancio, di archiviazione o di imbustamento e/o smistamento della corrispondenza);
 - organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dello sviluppo economico, MEF, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, INPS, INAIL ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario centrale infortuni, Ministero delle Infrastrutture – Motorizzazione Civile);
- altre società del gruppo Helvetia che, in qualità di autonomi titolari, hanno un interesse legittimo a trattare i Suoi dati personali per finalità amministrative.

¹ Trattamento: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con, o senza, l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, o a insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

² A titolo esemplificativo, la normativa antiriciclaggio e la normativa IDD (dati necessari per la valutazione delle esigenze e dei bisogni del cliente-interessato, non-ché dell'adeguatezza o appropriatezza del prodotto).

³ La cd. *catena assicurativa* è il complesso tessuto di rapporti contrattuali tra le imprese di assicurazione e numerosi soggetti (persone fisiche e giuridiche, operanti in Italia e all'estero), che cooperano nel gestire un medesimo rischio assicurativo. Tale pluralità di rapporti è peculiare dell'attività assicurativa e necessaria per la fornitura dei servizi assicurativi. Si articola in una pluralità di fasi (dalla cd fase assuntiva a quella liquidativa), che possono interessare più soggetti, i quali devono necessariamente trattare i dati personali di diversi interessati (ad esempio contraente, assicurato, beneficiario e, a certe condizioni, terzo danneggiato).

Una lista completa ed aggiornata terzi destinatari dei dati può essere da Lei ottenuta inviando una mail a privacy@helvetia.it.
In ogni caso, i Suoi Dati Personali NON saranno diffusi.

7. Trasferimento dei dati verso paesi terzi

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi terzi che garantiscono un adeguato livello di protezione sostanzialmente equivalente a quello assicurato all'interno dell'Unione, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea.

8. Periodo di conservazione dei dati

I Dati Personali vengono conservati per il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato (di regola non oltre i 20 anni dalla cessazione del rapporto contrattuale), fatti salvi eventuali obblighi di conservazione previsti dalla legge o da specifici termini prescrizionali.

9. Diritti dell'interessato

Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere al Titolare del trattamento:

- la conferma che sia in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso), ex art.15 del Regolamento;
- la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica), ex art. 16 del Regolamento;
- la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio), ex art. 17 del Regolamento;
- la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione), ex art. 18 del Regolamento;
- di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al Titolare e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità), ex art. 20 del Regolamento.

Lei ha, inoltre, il diritto di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati, in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca ex art. 21 del Regolamento.

La revoca del consenso prestato comporta l'inevitabile blocco del trattamento da parte della Compagnia, con i conseguenti effetti sulla normale esecuzione del contratto.

Potrà, inoltre, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale.

10. Comunicazione dei dati e conseguenze del rifiuto

La comunicazione dei Suoi dati personali al Titolare è strettamente necessaria allo svolgimento delle attività descritte nell'informativa. L'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati personali comporta l'impossibilità di concludere il contratto, adempiere, prima della conclusione del contratto, a Sue specifiche richieste, concludere nuovi contratti di assicurazione, eseguire i relativi obblighi e gestire e liquidare gli eventuali sinistri.

Consensi Privacy

Impegno a fornire l'informativa

L'Interessato si impegna a fornire, in nome e per conto del Titolare e conformemente al testo ricevuto, l'informativa prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, agli eventuali altri interessati di cui lo stesso abbia comunicato o comunicherà al Titolare i dati personali.

Luogo e Data

Firma dell'aderente

(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Consenso al trattamento di dati personali ai sensi degli artt. 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole, che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, ed in particolare "i dati relativi alla salute":

dà nega

il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui all'informativa, compresa la loro comunicazione.

Luogo e Data

Firma dell'aderente

(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Dichiarazioni

L'aderente dichiara:

- di aver ricevuto la Parte I "Le informazioni chiave per l'aderente" della Nota Informativa e l'Appendice "Informativa sulla sostenibilità" in formato cartaceo e di aver preso visione del relativo contenuto;
- di essere informato che sono disponibili sul sito www.helvetia.it, nella sezione Previdenza Complementare la Nota Informativa, il Regolamento del Fondo e ogni altra documentazione attinente il Fondo stesso;
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nella Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota Informativa e dell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità";
 - con riferimento ai costi, sull'indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nella Scheda "I costi" della Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota Informativa;
 - in merito al paragrafo "Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione", nella Scheda "Presentazione" della Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota Informativa, redatto in conformità alle istruzioni della COVIP e contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipo, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.helvetia.it, nella sezione Previdenza Complementare;

- circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso di adesione alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento;
- di aver sottoscritto il Questionario di Autovalutazione;
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite a Helvetia Vita S.p.A. – anche ai fini di quanto previsto in materia di contribuzione – ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione al Fondo Pensione Aperto Soluzione Previdente eventualmente richiesti e di impegnarsi a comunicare alla Compagnia tempestivamente ogni variazione dei dati forniti;
- di aver sottoscritto – qualora risulti già iscritto ad altra forma pensionistica complementare – la relativa “Scheda dei Costi”, la cui copia è allegata (se prevista) al presente Modulo di Adesione;
- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro sei mesi dall’adesione e che, in caso di inadempimento, la Compagnia ha la facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell’art. 1456 del Codice Civile, comunicando all’aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che lo stesso non provveda ad effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;
- di essere a conoscenza che, qualora nel corso della partecipazione al FPA l’Aderente interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione individuale a seguito dell’applicazione delle spese annuali di gestione amministrativa, la Compagnia ha la facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell’art. 1456 del Codice Civile, comunicando all’aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che l’Aderente non provveda ad effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera.

L’aderente inoltre prende atto che non sono ammessi mezzi di pagamento diversi da quelli riportati nelle sezioni precedenti.

L’aderente, laddove abbia attivato una delle prestazioni accessorie, 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.

L’aderente può esercitare il diritto di recesso entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto (riportata nel presente Modulo di Adesione). Per l’esercizio del recesso l’aderente deve inviare comunicazione scritta alla Compagnia – con lettera raccomandata con avviso di ricevimento inviata a: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa - Previdenza, Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano oppure inviare una e-mail PEC all’indirizzo previdenzahelvetia@pec.helvetia.it. Il recesso ha l’effetto di liberare l’aderente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia provvederà a rimborsare all’aderente tramite bonifico, i versamenti contributivi da questi corrisposti. L’aderente infine prende atto che in caso di recesso Helvetia Vita S.p.A. si riserva di trattenere le spese di adesione a carico dell’aderente.

Avvertenze – Gli importi dei versamenti si intendono al lordo delle spese a carico dell’aderente come riportato nel Regolamento del Fondo. L’incompleta compilazione del presente modulo o la mancanza delle firme previste comporta il rigetto della domanda presentata.

Luogo e Data

Firma dell’aderente

(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

Il Questionario di Autovalutazione è uno strumento che aiuta l’Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

1)	Conoscenza dei Fondi Pensione
<input type="checkbox"/>	Ne so poco
<input type="checkbox"/>	Sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare di tipo finanziario o assicurativo
<input type="checkbox"/>	Ho una conoscenza dei diversi tipi di Fondi Pensione e delle principali tipologie di prestazioni
2)	Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al Fondo Pensione
<input type="checkbox"/>	Non ne sono al corrente
<input type="checkbox"/>	So che le somme versate non sono liberamente disponibili
<input type="checkbox"/>	So che le somme sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge
3)	A che età prevede di andare in pensione?
4)	Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento? (indicare una percentuale)
	per cento
5)	Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall’INPS tramite il suo sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la “busta arancione” (cosiddetta “La mia pensione futura”)?
<input type="checkbox"/>	SI
<input type="checkbox"/>	NO

6)	Ha verificato il paragrafo "Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione", nella Scheda "Presentazione" della Parte I "Le informazioni chiave per l'aderente" della Nota informativa, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa?
	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> NO

CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9.

7)	Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)
	<input type="checkbox"/> Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)
	<input type="checkbox"/> Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)
	<input type="checkbox"/> Risparmio medio annuo oltre 5.000 (punteggio 3)
	<input type="checkbox"/> Non so/non rispondo (punteggio 1)
8)	Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
	<input type="checkbox"/> 2 anni (punteggio 1)
	<input type="checkbox"/> 5 anni (punteggio 2)
	<input type="checkbox"/> 7 anni (punteggio 3)
	<input type="checkbox"/> 10 anni (punteggio 4)
	<input type="checkbox"/> 20 anni (punteggio 5)
	<input type="checkbox"/> Oltre 20 anni (punteggio 6)
9)	In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?
	<input type="checkbox"/> Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
	<input type="checkbox"/> Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
	<input type="checkbox"/> Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

PUNTEGGIO OTTENUTO

Il punteggio viene riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta fra le diverse opzioni di investimento offerte dal Fondo Pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione.

GRIGLIA DI VALUTAZIONE			
	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
Categoria di Comparto	- Garantito - Obbligazionario Puro - Obbligazionario Misto	- Obbligazionario Misto - Bilanciato	- Bilanciato - Azionario

In caso di adesione a più Comparti, la verifica di congruità sulla base del Questionario di Autovalutazione non risulta possibile: l'aderente deve, in questi casi, effettuare una propria valutazione circa la Categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.

Luogo e Data

L'aderente:

<input type="checkbox"/>	attesta che il Questionario di Autovalutazione è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.
<input type="checkbox"/>	nell'attestare che il Questionario di Autovalutazione non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Firma dell'aderente

(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Spazio riservato alla Banca

Dichiaro di aver provveduto personalmente all'identificazione dei sottoscrittori, le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi, che le firme sono state riportate in mia presenza e che il versamento del premio è stato effettuato per intero e con le modalità sopra indicate. Dichiaro inoltre di aver presa visione e di essere a conoscenza del Decreto Legislativo n. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni e degli obblighi ivi previsti.

Banca

Filiale

Cognome e Nome Incaricato

Matricola

Timbro e Firma dell'Incaricato