BANCA

Sportello

Numero Adesione

MODULO DI ADESIONE AXA MPS PREVIDENZA IN AZIENDA – FONDO PENSIONE APERTO - ISCRITTO ALL'ALBO TENUTO DALLA COVIP CON IL N. 54

Il sottoscritto, in seguito indicato come "ADERENTE", in possesso dei requisiti previsti dal D.Lgs. 252/05 e successive modifiche ed integrazioni nonché di quanto previsto dall'art. 5 del Regolamento del Fondo, con la sottoscrizione del presente modello, chiede di aderire a AXA MPS Previdenza in Azienda – Fondo Pensione Aperto, gestito da AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.:

Attenzione: L'adesione ad Axa Mps Previdenza in Azienda - Fondo Pensione Aperto deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Parte I '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.axa-mps.it. Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'aderente.

DATI ANAGRAFICI DELL'ADERENTE

Cognome ..... Nome ..... Codice Fiscale ..... Sesso: M ❑ F ❑

Nato il ..... A ..... Prov. ..... Stato .....

Indirizzo di Residenza: Via ..... Comune di ..... Prov. ..... Cap. ..... Stato .....

Recapito (se diverso da residenza): Via ..... Comune di ..... Prov. ..... Cap. ..... Stato .....

Estremi del documento di Identità: Tipo ..... Rilasciato il ..... Da .....

Numero ..... Luogo di rilascio ..... Prov. ..... Stato .....

Titolo di studio
❑ licenza elementare ❑ licenza media inferiore ❑ laurea/laurea magistrale
❑ diploma media superiore ❑ diploma universitario/laurea triennale ❑ nessuno
❑ specializzazione post-laurea ❑ diploma professionale

Indirizzo e-mail: ..... Numero di Tel. .....

Desidero ricevere la corrispondenza ❑ In formato elettronico via e-mail ❑ In formato cartaceo all'indirizzo di recapito

I DATI ANAGRAFICI DELL'ESECUTORE (genitore o tutore, solo per aderente minore o in caso di tutela) o DEL SOGGETTO CHE EFFETTUA I VERSAMENTI (solo per aderente fiscalmente a carico)

Cognome ..... Nome ..... Codice Fiscale ..... Sesso: M ❑ F ❑

Nato il ..... A ..... Prov. ..... Stato .....

Indirizzo di Residenza: Via ..... Comune di ..... Prov. ..... Cap. ..... Stato .....

Recapito (se diverso da residenza): Via ..... Comune di ..... Prov. ..... Cap. ..... Stato .....

Estremi del documento di Identità: Tipo ..... Rilasciato il ..... Da .....

Numero ..... Luogo di rilascio ..... Prov. ..... Stato .....

Si dichiara che i versamenti ❑ provengono dal patrimonio dell'Aderente ❑ provengono dal patrimonio del genitore, del tutore o di altro soggetto che detiene il carico fiscale

Indirizzo e-mail .....

DATI OCCUPAZIONALI E PREVIDENZIALI DELL'ADERENTE

Tipo Adesione ..... Data Adesione .....

Nei casi di adesione collettiva, indicare la tipologia di accordo ❑ Contratti e accordi collettivi - regolamenti aziendali ❑ Accordi plurisoggettivi N. Convenzione .....

Iscritto alla previdenza complementare ❑ prima del 29.04.1993 ❑ dopo il 28.04.1993 ❑ non lavoratore

Tipo Lavoratore ❑ dipendente privato ❑ dipendente pubblico ❑ autonomo/libero professionista
❑ fiscalmente a carico di iscritti al fondo pensione ❑ altro

PRECEDENTE FONDO PENSIONE

Iscritto la prima volta alla previdenza complementare il ..... /..... /..... (Da indicare solo in caso di precedente adesione ad altro fondo pensione per il quale non sia stato effettuato il riscatto)

Attualmente iscritto al fondo pensione ..... N. Albo COVIP .....

❑ **Dichiaro di aver ricevuto la SCHEDA 'I COSTI' (la cui copia è allegata al presente Modulo di Adesione) inserita nella Parte I "INFORMAZIONE CHIAVE PER L'ADERENTE" della forma pensionistica alla quale risulto attualmente iscritto e di averla restituita sottoscritta per presa visione.**

❑ **Dichiaro di non aver ricevuto la SCHEDA 'I COSTI' inserita nella Parte I "INFORMAZIONI CHIAVE PER L'ADERENTE" della forma pensionistica alla quale risulto attualmente iscritto.***

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

Si richiede il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica cui già si aderisce ad AXA MPS PREVIDENZA IN AZIENDA Si ❑ No ❑

Per realizzare il trasferimento della posizione dall'altro fondo ad AXA MPS PREVIDENZA IN AZIENDA l'aderente deve compilare il modulo standard reperibile sul sito del Fondo di provenienza.

CONTRIBUZIONE AL FONDO PENSIONE

Importo primo versamento €.....

❑ Contributo volontario con piano di addebito programmato con le seguenti caratteristiche:
Importo annuo €..... con periodicità (mensile, trimestrale, quadrimestrale, semestrale, annuale)
– Mediante addebito su c/c n ..... intestato a .....
Firma dell'intestatario del c/c .....
– Mediante addebito automatico SEPA DIRECT DEBIT (SDD). La richiesta di attivazione dell'addebito va inoltrata mediante la compilazione del modulo relativo presso la Filiale o il Promotore Finanziario di riferimento

❑ Contributo volontario con bonifico bancario di mia iniziativa su conto corrente intestato alla Compagnia

❑ Contributo del TFR*

❑ Contributo del datore di lavoro*

* compilare il modulo di appendice per il datore di lavoro

NB: in caso di acquisto della COPERTURA ACCESSORIA, il capitale della prestazione è accumulato solo se l'importo di rata supera la soglia minima prevista, di cui all'art. 15 del Regolamento del Fondo e relativo allegato 3

AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. – Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma (Italia), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: + 39 06 50870.1, Fax: + 39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mpsvita.it, PEC: axampsvita@legalmail.it - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046. La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA Italia, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

MOD. AXV 7904 - 05/2021 - COPIA PER IL CLIENTE

FAC-SIMILE

BANCA

Sportello

Numero Adesione

SCELTA DEL COMPARTO O MIX DI COMPARTI

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

PROFILO

❑ Libero ❑ Life Cycle

❑ Età presunta per la pensione di vecchiaia .....
N.B. L'età dichiarata per la pensione di vecchiaia sarà utilizzata per la distribuzione della posizione tra i comparti di investimento in caso di adesione al profilo Life Cycle

IN CASO DI PROFILO LIBERO scegliere uno o più comparti e la percentuale da destinare

Denominazione comparto	Categoria	Ripartizione%
TENUTA	Obbligazionario Puro	
EQUILIBRIO	Bilanciato	
COMBINATA	Bilanciato	
SVILUPPO	Azionario	
SICURA	Garantito	

COPERTURA ASSICURATIVA ACCESSORIA

Aderisco alla Copertura Assicurativa Accessoria per premorienza e malattie gravi con invalidità superiore al 5% di cui all'art. 15 del Regolamento del Fondo e relativo allegato 3.

❑ SI compilare il Questionario sullo stato di salute e sulla condizione professionale ed extraprofessionale dell'aderente

❑ NO

IN CASO DI PREMORIENZA, DESIGNO I SEGUENTI BENEFICIARI

In caso di decesso prima della prestazione del fondo pensione il riscatto della posizione maturata spetta prioritariamente ai Beneficiari di seguito indicati, in assenza di tale indicazione il riscatto spetta agli eredi legittimi o testamentari (ai sensi del comma 4 dell'art. 13 del Regolamento del Fondo):

quota %..... Cognome e nome/Ragione Sociale .....
Sesso: M ❑ F ❑ Data Nascita..... Codice Fiscale .....

quota %..... Cognome e nome/Ragione Sociale .....
Sesso: M ❑ F ❑ Data Nascita..... Codice Fiscale .....

quota %..... Cognome e nome/Ragione Sociale .....
Sesso: M ❑ F ❑ Data Nascita..... Codice Fiscale .....

quota %..... Cognome e nome/Ragione Sociale .....
Sesso: M ❑ F ❑ Data Nascita..... Codice Fiscale .....

quota %..... Cognome e nome/Ragione Sociale .....
Sesso: M ❑ F ❑ Data Nascita..... Codice Fiscale .....

Avvertenza: controllare la correttezza e completezza dei dati e comunicare eventuali modifiche a AXA MPS Assicurazioni Vita Spa. L'attuale designazione revoca di fatto ogni altra indicazione effettuata in rapporto a precedenti adesioni a forme di previdenza complementare.

FAC-SIMILE

AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. – Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma (Italia), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: + 39 06 50870.1, Fax: + 39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mpsvita.it, PEC: axampsvita@legalmail.it - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo dellel mprese IVASS al n. 1.00046. La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA Italia, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

MOD. AXV 7904 - 05/2021 - COPIA PER IL CLIENTE

BANCA

Sportello

Numero Adesione

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
   - ❑ ne so poco
   - ❑ sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare finanziario o assicurativo
   - ❑ 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
   - ❑ non ne sono al corrente
   - ❑ so che le somme versate non sono liberamente disponibili
   - ❑ 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?
   - ❑ ❑ anni
4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)?
   - ❑ ❑ per cento
5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il sito *web* ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione futura")?
   - ❑ si
   - ❑ 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?
   - ❑ si
   - ❑ no

CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

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

7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)
   - ❑ Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)
   - ❑ Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)
   - ❑ Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3)
   - ❑ non so/non rispondo (punteggio 1)
8. Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
   - ❑ 2 anni (punteggio 1)
   - ❑ 5 anni (punteggio 2)
   - ❑ 7 anni (punteggio 3)
   - ❑ 10 anni (punteggio 4)
   - ❑ 20 anni (punteggio 5)
   - ❑ Oltre 20 anni (punteggio 6)
9. In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?
   - ❑ Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
   - ❑ Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
   - ❑ 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 va 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 del comparto	**– Garantito** **– Obbligazionario puro** **– Obbligazionario misto**	**– Obbligazionario misto** **– Bilanciato**	**– Bilanciato** **– Azionario**
La scelta di un percorso life-cycle (o comparto data target) è congrua rispetto a qualunque punteggio ottenuto dal Questionario di autovalutazione. In caso di adesione a più comparti, la verifica di congruità sulla base del Questionario 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 attesta che il Questionario 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.

Firma dell'Aderente

_____

[in alternativa]

L'aderente, nell'attestare che il Questionario 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

_____

FAC-SIMILE

AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. – Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma (Italia), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: + 39 06 50870.1, Fax: + 39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mpsvita.it, PEC: axampsvita@legalmail.it - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo dellel mprese IVASS al n. 1.00046. La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA Italia, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

MOD. AXV 7904 - 05/2021 - COPIA PER IL CLIENTE

BANCA

Sportello

Numero Adesione

Prendo atto della seguente

CLAUSOLA DI RECESSO – REVOCABILITA' DELLA COPERTURA ASSICURATIVA ACCESSORIA

L' aderente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzati al seguente recapito: AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 ROMA

La conclusione del contratto si considera avvenuta il giorno di adesione indicato in domanda a condizione che sia stata pagata la prima rata di premio. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto.

Il sottoscritto aderente dichiara:

- di aver ricevuto la Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e l'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';

- di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite;

- di essere informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il regolamento del fondo e ogni altra documentazione attinente il fondo pensione, comunque disponibile sul sito web della Compagnia;

- di aver sottoscritto il Questionario di autovalutazione

- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro sei mesi dall'adesione. In caso di inadempimento la società può 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 effettui un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della comunicazione della società;

- di essere a conoscenza che qualora nel corso della partecipazione al Fondo l'aderente interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione a seguito dell'applicazione delle spese annuali, la società può 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 dal ricevimento della comunicazione;

- 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 nell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';

• con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico dei costi (ISC) riportato nella Scheda 'I costi' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della

• 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 della Compagnia;

• circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso aderisca alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento.

Si ricorda che è possibile simulare "La mia pensione complementare" mediante il motore di calcolo disponibile sul sito web della Compagnia.

La Filiale .....

L'Aderente ..... **Esecutore (genitore/tutore se minore o incapace)**.....

Luogo e data .....

MODALITA' DI PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI

Caso di adesione individuale senza apporto TFR

Il pagamento dei contributi può essere effettuato mediante:

• addebito automatico su c/c bancario (SDD), previa autorizzazione del titolare del conto corrente;

• bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Compagnia, presso la Banca Depositaria, con valuta pari alla data riconosciuta dalla Banca ordinante;

• versamento volontario tramite la Filiale di seguimento, con valuta pari alla data riconosciuta dalla Banca ordinante;

I versamenti sono trasformati in quote, e frazioni di quote, sulla base del primo valore di quota successivo al giorno in cui si sono resi disponibili per la valorizzazione.

Caso di adesione individuale con apporto TFR o adesione collettiva

I versamenti del datore di lavoro dovranno essere effettuati con bonifico bancario e comunicati con apposita distinta secondo le indicazioni previste dalla Compagnia.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.axa-mps.it.

Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei dati personali, e sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Nome e Cognome Aderente ..... data e firma .....

Nome e Cognome Esecutore ..... data e firma .....

Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni, iniziative promozionali e vendita di prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo e di società partner, oltre che di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo o di aziende partner e di rilevazioni sulle mie esigente relativamente a tali prodotti e/o servizi

☐ SI ☐ NO

Luogo e data ..... Aderente .....

AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. – Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma (Italia), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: + 39 06 50870.1, Fax: + 39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mpsvita.it, PEC: axampsvita@legalmail.it - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo dellel mprese IVASS al n. 1.00046. La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA Italia, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

MOD. AXV 7904 - 05/2021 - COPIA PER IL CLIENTE

FAC SIMILE

MODALITA' DI PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI E VALUTE APPLICABILI

Caso di adesione individuale senza apporto TFR

Il pagamento dei contributi può essere effettuato mediante:

- addebito automatico su c/c bancario (SDD), previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
- bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Compagnia, presso la Banca Depositaria, con valuta pari alla data riconosciuta dalla Banca ordinante;
- versamento volontario tramite la Filiale di seguimento, con valuta pari alla data riconosciuta dalla Banca ordinante;

I versamenti sono trasformati in quote, e frazioni di quote, sulla base del primo valore di quota successivo al giorno in cui si sono resi disponibili per la valorizzazione.

Caso di adesione individuale con apporto TFR o adesione collettiva

I versamenti del datore di lavoro dovranno essere effettuati con bonifico bancario e comunicati con apposita distinta secondo le indicazioni previste dalla Compagnia.

Le valute applicate ai mezzi di pagamento ricevuti dai soggetti incaricati dell'offerta fuori sede decorrono dal settimo giorno successivo alla ricezione dei mezzi di pagamento da parte della Banca.

La Compagnia impegna contrattualmente, anche ai sensi dell'art. 1411 del Codice Civile, i soggetti incaricati al collocamento ad inoltrare alla Compagnia i moduli di sottoscrizione ed i relativi mezzi di pagamento ricevuti, nel più breve tempo possibile e comunque non oltre il settimo giorno lavorativo successivo a quello di ricezione.

L'efficacia delle adesioni perfezionate fuori sede attraverso i promotori finanziari o mediante l'utilizzo di tecniche di comunicazione a distanza, restano sospese per la durata di sette giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione. Entro tale termine l'aderente può comunicare il proprio recesso ai soggetti incaricati al collocamento, anche a mezzo telegramma, indirizzato agli stessi, o alla sede del Fondo medesimo senza ulteriori spese né corrispettivi.

FAC-SIMILE