

PENSIONE FUTURA

Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Fondo Pensione

Modulo di adesione a Pensione Futura - Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Fondo Pensione
Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5104

ATTENZIONE: l'Adesione a PENSIONE FUTURA - Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo 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, il Regolamento e le Condizioni Generali di Contratto sono disponibili sul sito www.nobisvita.it e verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

Intermediario _____ Codice Intermediario _____ Consulente _____

■ DATI DELL'ADERENTE

COGNOME NOME _____ Sesso _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di residenza _____
CAP _____ Località _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza, per inoltro corrispondenza) _____
CAP _____ Località _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo di documento di riconoscimento _____ Numero documento _____ Ente di rilascio _____
Cittadinanza _____ Luogo di rilascio _____ Prov. _____ Data di rilascio/rinnovo _____
Data di scadenza _____ Cellulare _____ e-mail _____
Professione _____ Titolo di studio _____ Sottogruppo attività _____ ATECO _____
Persona politicamente esposta: SÌ NO Se sì specificare Codice* _____
* i codici sono riportati a pagina 5 della presente proposta di assicurazione

L'Aderente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla stipula del presente contratto:

- tramite e-mail all'indirizzo mail: _____, che conferma con la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione
- su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo: _____
- Area riservata

Titolo di studio

- Licenza elementare Licenza media inferiore Diploma professionale Diploma media superiore
 Diploma universitario/laurea triennale Laurea/laurea magistrale Specializzazione post-laurea Nessuno

Tipologia aderente

- Lavoratore dipendente del settore privato
 Lavoratore dipendente del settore pubblico
 Lavoratore autonomo, libero professionista
 Soggetto diverso da quelli precedenti
 Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al Fondo

■ SOGGETTO CHE ESERCITA LA POTESTA' / TUTORE (solo in caso di Aderente minore o incapace)

COGNOME NOME _____ Sesso _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di residenza _____
CAP _____ Località _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza, per inoltro corrispondenza) _____
CAP _____ Località _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo di documento di riconoscimento _____ Numero documento _____ Ente di rilascio _____
Cittadinanza _____ Luogo di rilascio _____ Prov. _____ Data di rilascio/rinnovo _____
Data di scadenza _____ Cellulare _____ e-mail _____

DATI DELL'AZIENDA

Azienda _____ P/Iva _____ Codice Fiscale _____
Indirizzo _____ Comune _____ Prov. _____ Nazione _____
Telefono _____ e-mail _____

Data di prima iscrizione alla previdenza complementare ____/____/____

Se già aderisce ad altra forma pensionistica complementare, riportare le seguenti informazioni:

- Denominazione altra forma pensionistica:
- Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:
- Scheda "I Costi" della forma pensionistica sopra indicata: consegnata non consegnata (*)
- Indicare se si intende chiedere il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica cui già si aderisce Sì (**)
 NO

Per realizzare il trasferimento, l'Aderente deve utilizzare il modulo "Richiesta di trasferimento da altra forma pensionistica complementare" disponibile sul sito della Compagnia inviandolo, completo degli eventuali allegati necessari, alla forma pensionistica complementare di provenienza.

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

(**) Si precisa che in tal caso la richiesta di trasferimento va presentata al fondo cedente

SOGGETTI CHE HANNO DIRITTO DI RISCATTARE LA POSIZIONE PREVIDENZIALE IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE PRIMA DEL PENSIONAMENTO

Eredi

Designati

- 1) Cognome Nome (o denominazione sociale) _____ Data di nascita _____
Residenza _____ Codice Fiscale _____ Quota _____%
- 2) Cognome Nome (o denominazione sociale) _____ Data di nascita _____
Residenza _____ Codice Fiscale _____ Quota _____%
- 3) Cognome Nome (o denominazione sociale) _____ Data di nascita _____
Residenza _____ Codice Fiscale _____ Quota _____%

Avvertenza: I dati relativi al nome, cognome, codice fiscale e residenza sono necessari per la corretta individuazione e identificazione del beneficiario. In caso di mancata compilazione delle informazioni relative alla designazione in forma nominativa, la Compagnia potrebbe incontrare, al decesso dell'Aderente, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari.

L'Aderente ha il compito di verificare la correttezza dei suddetti dati e ove necessario di comunicare eventuali modifiche in forma scritta a Nobis Vita S.p.A.

SOGGETTO PAGATORE CHE EFFETTUA VERSAMENTI (solo se diverso dall'Aderente)

COGNOME NOME _____ Sesso _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di residenza _____
CAP _____ Località _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza, per inoltro corrispondenza) _____
CAP _____ Località _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo di documento di riconoscimento _____ Numero documento _____ Ente di rilascio _____
Cittadinanza _____ Luogo di rilascio _____ Prov. _____ Data di rilascio/rinnovo _____
Data di scadenza _____ Cellulare _____ e-mail _____
Persona politicamente esposta: Sì NO Se sì specificare Codice* _____
* i codici sono riportati a pagina 5 della presente proposta di assicurazione

CONTRIBUTI E RELATIVE MODALITÀ DI PAGAMENTO - ATTENZIONE: NON È PREVISTO PAGAMENTO IN CONTANTI

Contributi versati direttamente dall'Aderente (comprensivi della spesa da sostenere in fase di accumulo)

Contributo _____ €

Periodicità _____

Contributi versati dal datore di lavoro: contribuzione TFR (il versamento a cura del datore di lavoro dovrà avvenire seguendo le istruzioni scaricabili dal sito www.nobisvita.it) _____

OPZIONE DI INVESTIMENTO

Sulla base delle scelte dell'Aderente, i contributi vengono destinati alla Gestione Separata e al Fondo Interno:

- In caso di scelta LIBERA nelle percentuali di seguito indicate

COMPARTO / COMBINAZIONE	RIPARTIZIONE %
PENSIONE FUTURA LINEA GARANTITA	
PENSIONE FUTURA - LINEA DINAMICA	

- In caso di scelta predefinita (indicare 1 sola alternativa)

- Combinazione Stabilità (70% per cento Pensione Futura Linea Garantita - 30% Pensione Futura - Linea Dinamica)
- Combinazione Equilibrio (50% per cento Pensione Futura Linea Garantita - 50% Pensione Futura - Linea Dinamica)
- Combinazione Crescita (30% per cento Pensione Futura Linea Garantita - 70% Pensione Futura - Linea Dinamica)

Si desidera attivare l'opzione LIFE CYCLE? SÌ NO

- In caso di adesione individuale senza apporto di TFR**

Il contributo:

- In sede di primo versamento viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario o circolare, munito della clausola di non trasferibilità, intestato a Nobis Vita S.p.A.; ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento previsto dalla Compagnia
- Successivamente può essere corrisposto con una delle modalità sopra indicate oppure con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario dell'Aderente (SDD)

- In caso di adesione individuale con apporto di TFR**

Il contributo a cura del datore di lavoro dovrà avvenire secondo le istruzioni scaricabili sul sito www.nobisvita.it

DICHIARAZIONE DELL'ADERENTE

L'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 stato informato che sono disponibili sul sito www.nobisvita.it la Nota Informativa, il Regolamento e ogni altra documentazione attinente al Fondo pensione;
- di aver sottoscritto la Scheda "I costi" della forma pensionistica a cui risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra Forma Pensionistica Complementare che redige la Scheda "I costi");
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni (l'Intermediario) 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 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.nobisvita.it;
- di aver sottoscritto il "Questionario di Autovalutazione";
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti;
- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro 6 mesi dall'Adesione e che, in caso di inadempimento, l'Impresa ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'articolo 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 Fondo 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 facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'articolo 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.

in sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, l'Aderente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi precontrattuali previsti dalle citate norme e inerenti a:

1. Dati essenziali degli Intermediari, le situazioni di potenziale conflitto di interesse e gli strumenti di tutela dell'Aderente (**allegato n. 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli Intermediari in riferimento al prodotto assicurativo non-IBIP (**allegato n. 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco delle regole di comportamento del distributore (**allegato n. 4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documento di sintesi degli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

RECESSO

L'Aderente dichiara di essere stato informato che può esercitare il diritto di recesso, entro il termine di 30 giorni dalla data di conclusione del contratto.

Per l'esercizio del diritto di recesso l'Aderente deve inviare comunicazione scritta all'Impresa - con lettera raccomandata indirizzata a: Nobis Vita S.p.A., Via G. Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza MB. Il recesso ha l'effetto di liberare l'Aderente e l'Impresa da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia provvederà a rimborsare all'Aderente i versamenti contributivi da questi eventualmente corrisposti

L'Aderente

Luogo e data _____

ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

Gentile cliente. I dati personali da riportare nel presente modulo sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge [Decreto legislativo n. 231/2007 e s.m.i.] in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Il Cliente dovrà fornire risposte precise ai quesiti sotto elencati. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità da parte dell'Impresa a dar seguito all'operazione richiesta.

a) Indicare lo scopo prevalente e la natura dell'operazione: Scopo previdenziale

b) Indicare la Nazione di provenienza dei fondi _____

c) Indicare l'origine dei fondi utilizzati per la realizzazione della presente operazione

- Reddito da lavoro dipendente Reddito da lavoro autonomo/Libera professione Vincita Lascito/eredità/donazione
 Reddito da precedente occupazione/TFR Pensione Vendita immobiliare/Rendite da immobili
 Utile societario/Reddito d'impresa Disinvestimento/Altra attività finanziaria Riscatto/Reinvestimento di altre polizze in compagnia
 Investimento di fondi da liquidazione/sinistro danni Scudo fiscale Voluntary disclosure
 Origine non riconducibile a voci precedenti (specificare) _____

d) Indicare origine del patrimonio

- Patrimonio derivante da proprie attività
 Patrimonio derivante da lascito ereditario
 Patrimonio derivante da fonti esterne (es. vincita, divorzio, indennizzi polizze danni) (specificare) _____

L'Aderente / Il Rappresentante legale

Luogo e data _____

MEZZI DI PAGAMENTO - SPAZIO RISERVATO ALL'INTERMEDIARIO

Dichiaro di aver informato l'Aderente che l'importo del premio di perfezionamento, la relativa data d'incasso, il mezzo di pagamento del premio nonché il soggetto pagatore, saranno riportati nella lettera di conferma inviata dall'Impresa. Contestualmente alla firma della presente proposta il sottoscritto (nome e cognome in chiaro di chi ritira effettivamente il mezzo di pagamento)

COGNOME NOME _____ **RETIRA**

■ quale mezzo di pagamento del premio di perfezionamento (**NON E' AMMESSO IL PAGAMENTO IN CONTANTI**):

- Assegno numero: _____ ABI: _____ CAB: _____ Soggetto Pagatore _____

- Disposizione di bonifico bancario: IBAN _____

Nome e cognome del Soggetto Pagatore _____ Intestato a Nobis Vita S.p.A. dell'importo di € _____

Il conto corrente risulta cointestato? SÌ NO

Se SÌ indicare COGNOME del cointestatario _____ NOME _____ Cod. Fisc. _____

Relazione tra l'Aderente e il cointestatario:

Aderente legato da rapporti di parentela o di affinità con il cointestatario (specificare) _____

Aderente legato da rapporti aziendali o professionali con il cointestatario (specificare) _____

Altro legame (specificare) _____

■ Mezzo di pagamento del premio per le rate successive: Mandato per addebito diretto SEPA (come da apposita sezione precedente).

■ L'IBAN di Nobis Vita S.p.A. da accreditare è: **IT 47 Y 03069 12711 10000019991**

Attesto che quanto sopra è coerente con quanto sopra riportato e circa il soggetto pagatore rilevato ai sensi del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i..

Attesto di aver effettuato la rilevazione dei dati ai sensi del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i. e di aver verificato l'autenticità delle firme che precedono.

L'Intermediario/Il Consulente

Luogo e data _____

MANDATO PER ADDEBITO DIRETTO SEPA DIRECT DEBIT - IMPORTO PREFISSATO

Il sottoscritto soggetto pagatore _____ autorizza:

■ l'Azienda di Credito ad eseguire il versamento periodico, addebitando il conto sottoindicato

■ NOBIS VITA S.p.A. a disporre in via continuativa di operazioni SDD ad importo prefissato pari a Euro _____ e prende atto che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 11/2010, non sussiste la condizione di esercitare il diritto di rimborso dell'addebito, ferma restando la possibilità di chiedere alla propria azienda di Credito di revocare l'operazione fino alla data in cui il pagamento è dovuto.

L'Aderente/Soggetto Pagatore/Il Rappresentante Legale/ Il Delegato

Luogo e data _____

Nota: I diritti del debitore, sottoscrittore del presente mandato e riguardanti l'autorizzazione sopra riportata, sono indicati nella documentazione ottenibile dall'Azienda di Credito.

CODICE MANDATO																					
NOME E COGNOME DELL'ADERENTE																					
CODICE FISCALE DELL'ADERENTE																					
NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA																					
CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE																					
I	T	5	2	Z	Z	Z	0	0	0	0	0	9	0	2	8	0	8	0	1	5	9

INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE																						
Cognome _____																						
Nome _____																						
Indirizzo _____																						
Comune _____ CAP _____																						
IBAN DEL CONTO DA ADDEBITARE																						

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Aderente dichiara di aver ricevuto l'informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), consegnata unitamente alle Condizioni Contrattuali di Assicurazione:

ACCONSENTE ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), al trattamento dei dati sensibili che lo riguardano, quando forniti per l'esecuzione del contratto, funzionale al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Nobis Vita S.p.A.. SÌ NO

ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali effettuato da Nobis Vita S.p.A. per finalità utili alla proposizione commerciale. SÌ NO

ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali effettuato da Nobis Vita S.p.A. per finalità di profilazione utile a conoscere meglio le Sue aree di rischio anche verificando le Sue abitudini di acquisto assicurative così da proporre il miglior servizio possibile. SÌ NO

ACCONSENTE alla comunicazione dei propri dati personali a società terze che li tratteranno per finalità commerciali in qualità di titolari autonomi. SÌ NO

Dichiaro che i flag apposti nei campi "consensi" soprastanti, corrispondono alla mia manifestazione di volontà, anche qualora siano stati inseriti a sistema per mio conto dall'operatore incaricato solo successivamente alle mie dichiarazioni.

L'Intermediario

L'Aderente/Il Rappresentante Legale/ Il Delegato

NORMATIVA FATCA - CRS

FATCA

Ai fini della normativa FATCA il cliente:

Persona Fisica

COGNOME NOME _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____ Domicilio _____

Recapito _____ E-mail _____

Telefono _____

In riferimento al passaporto dichiara:

di essere in possesso del passaporto USA n. _____

di NON essere in possesso del passaporto USA

In riferimento alla Green-Card dichiara:

di essere in possesso della Green-Card n. _____ e scadenza _____

di NON essere in possesso della Green-Card

In riferimento a bonifici e/o disposizioni il cliente dichiara:

di essere in possesso di bonifici e/o disposizioni permanenti da/verso altri paesi; paese _____ n. conto _____

di NON essere in possesso di bonifici e/o disposizioni permanenti da/verso altri paesi.

In riferimento al periodo di permanenza di **oltre 183 giorni in un paese differente dall'Italia nel triennio**, dichiara:

di rimanere oltre 183 giorni in un paese differente dall'Italia nel triennio; paese _____

di NON rimanere oltre 183 giorni in un paese differente dall'Italia nel triennio.

Ai fini della normativa FATCA il cliente dichiara:

di essere us person / individual in quanto cittadino USA oppure soggetto residente fiscalmente negli Stati Uniti; n. TIN/EIN _____

di NON essere us person / individual e NON essere soggetto residente fiscalmente negli Stati Uniti.

CRS

Ai fini della normativa CRS il cliente dichiara:

- di essere fiscalmente residente in un paese diverso da Italia e Usa; paese _____
- di NON essere fiscalmente residente in un paese diverso da Italia e Usa.

Avvertenza: le risposte fornite sono state scelte tra diverse opzioni poste all'attenzione dell'Aderente.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto / dell'operazione.

Il sottoscritto afferma di essere stato informato sulla necessità di dichiarare, per ogni singola operazione posta in essere, se sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo e a fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione dell'eventuale/degli eventuali diverso/i Titolare/i Effettivo/i.

L'Aderente/Il Rappresentante Legale/ Il Delegato

Luogo e data _____

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.

Il Questionario di autovalutazione non dovrà essere compilato in caso di Aderente minore e legalmente incapace

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 di tipo 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 versate 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 suo sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione futura")?

- Sì 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 sulla Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa?

- Sì NO

CONGRUITÀ 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)

- Risparmio medio annuo fino a 3.000 euro (punteggio 1)
- Risparmio medio annuo oltre 3.000 euro 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 oscillazione 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 sopra indicato viene riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8, 9 e costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento offerte dal Fondo Pensione, sulla base della griglia di valutazione di seguito riportata:

	GRIGLIA DI VALUTAZIONE		
	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del comparto	Garantito	Obbligazionario misto	Bilanciato
	Obbligazionario puro	Bilanciato	Azionario
	Obbligazionario misto		

La scelta di un percorso life-cycle 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 di autovalutazione' non risulta possibile ed è l'Aderente a dover effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.

L'Aderente 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.

L'Aderente

Luogo e data _____

In alternativa

L'Aderente 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 di opzione di investimento in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

L'Aderente

Luogo e data _____

SPAZIO RISERVATO ALL'INTERMEDIARIO INCARICATO DELLA RACCOLTA DELLE ADESIONI

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Aderente o dal Legale rappresentante in caso di Aderente minore o incapace e che ha effettuato la rilevazione dei dati dell'Aderente/Legale rappresentante ai sensi del D.Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti per lotta al riciclaggio).

Nome e Cognome dell'Intermediario _____

Firma dell'Intermediario (*)

Firma e timbro dell'Agenzia

(*) Firma dell'Intermediario che ha ricevuto la richiesta, facente fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.

*** Codici Persone Politicamente Esposte**

- 1) Capi di Stato, Capi di Governo, Ministri e Vice Ministri e Sottosegretari;
- 2) Parlamentari;
- 3) Membri delle corti supreme, delle corti costituzionali e di altri organi giudiziari di alto livello le cui decisioni sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali;
- 4) Membri delle corti dei conti e dei consigli di amministrazione delle banche centrali;
- 5) Ambasciatori, incaricati d'affari e ufficiali di alto livello delle Forze Armate;
- 6) Membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo Stato;
- 7) Presidenti di Regione;
- 8) Sindaci di capoluogo di regione;
- 9) Familiare di primo grado (coniuge, figli e loro coniugi, conviventi nell'ultimo quinquennio, genitori) e soggetto che intrattiene stretti legami (es. soci d'affari) con uno dei soggetti di cui sopra;
- 10) Politico Italiano Locale - PIL