

TESEO



**REALE
MUTUA**
ASSICURAZIONI

FONDO PENSIONE APERTO TESEO

istituito dalla Società Reale Mutua di Assicurazioni

(Gruppo Reale Mutua)

iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 17

Modulo di adesione

Il presente modulo di adesione è parte integrante e necessaria della Nota informativa relativa all'offerta pubblica di adesione al Fondo Pensione Aperto TESEO a contribuzione definita.

Attenzione: l'adesione deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del Regolamento e della Nota informativa.

Spett.le Società Reale Mutua di Assicurazioni
 Fondo Pensione Aperto TESEO
 Via Corte d'Appello, 11
 10122 - TORINO (TO)

SPAZIO A CURA DEL SOGGETTO INCARICATO DEL COLLOCAMENTO	<input type="checkbox"/> SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI, con sede in via Corte d'Appello, 11 - 10122 Torino
	<input type="checkbox"/> ITALIANA ASSICURAZIONI S.P.A., con sede in via M. U. Traiano, 18 - 20149 Milano
	<input type="checkbox"/> LA PIEMONTESE VITA S.P.A., con sede in via Corte d'Appello, 11 - 10122 Torino
Codice agenzia _____ Agenzia di _____	

Dati dell'aderente

cognome		nome		codice fiscale	
secco (M/F)	data di nascita	località di nascita		provincia / nazione di nascita	
Documento di identità					
tipo	numero	data emissione	luogo emissione	ente di rilascio	
Residenza					
indirizzo			CAP	località	prov.
Recapito postale (se diverso dalla residenza)					
indirizzo			CAP	località	prov.

L'aderente richiede di aderire al Fondo Pensione Aperto TESEO, in base alle condizioni e modalità riportate nei seguenti riquadri

Modalità di adesione

1) <input type="checkbox"/> in forma INDIVIDUALE SENZA apporto di TFR	2) <input type="checkbox"/> in forma INDIVIDUALE CON apporto di TFR	3) <input type="checkbox"/> in forma INDIVIDUALE CON versamento di TUTTE le fonti contributive (azienda, aderente, TFR)	4) <input type="checkbox"/> in forma COLLETTIVA CON apporto del solo TFR	5) <input type="checkbox"/> in forma COLLETTIVA CON versamento di TUTTE le fonti contributive (azienda, aderente, TFR)
--	--	---	---	--

Azienda/Associazione delegata alla raccolta ed al versamento dei contributi

_____	_____	_____
(denominazione)	(codice fiscale)	(indirizzo completo)
da indicare: - per lavoratori dipendenti, solo nei casi 2), 3), 4) e 5) - per lavoratori autonomi/liberi professionisti, solo se aderenti tramite associazione		

Dati relativi all'occupazione

<input type="checkbox"/> di prima iscrizione alla previdenza obbligatoria in data antecedente al 29 aprile 1993* e	
<input type="checkbox"/> già iscritto, all'1/1/2007, a forme pensionistiche complementari in regime di contribuzione definita	
<input type="checkbox"/> non iscritto, all'1/1/2007, a forme pensionistiche complementari	
<input type="checkbox"/> di prima iscrizione alla previdenza obbligatoria in data successiva al 28 aprile 1993	
* di prima occupazione con relativo versamento dei contributi all'INPS o altri enti di previdenza obbligatoria in data antecedente al 29 aprile 1993; solo per i lavoratori dipendenti di questa tipologia è consentito il versamento del TFR in misura inferiore al 100% (D.Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252, art. 8, comma 7, lettera c)	
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente privato	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente pubblico
<input type="checkbox"/> Socio lavoratore di cooperativa	<input type="checkbox"/> _____



Modalità di ripartizione dell'investimento (scegliere, in alternativa, una delle due opzioni)

OPZIONE 1 - COMPARTI	
Scegliere uno o più comparti (la somma delle percentuali deve essere pari a 100)	<input type="checkbox"/> Linea GARANTITA ETICA _____ % <input type="checkbox"/> Linea PRUDENZIALE ETICA _____ % <input type="checkbox"/> Linea BILANCIATA ETICA _____ % <input type="checkbox"/> Linea SVILUPPO ETICA _____ %
OPZIONE 2 - PROFILI DI INVESTIMENTO PROGRAMMATO	
Scegliere un solo profilo di investimento programmato	<input type="checkbox"/> Profilo di investimento programmato EQUILIBRIO <input type="checkbox"/> Profilo di investimento programmato EVOLUZIONE

Prestazioni assicurative accessorie (eventuale)

L'aderente chiede di attivare una delle prestazioni assicurative accessorie previste dall'art. 15 del Regolamento di TESEO e disciplinate dai relativi Allegati 4a e 4b, prestando il proprio assenso ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile

Scegliere un solo tipo di prestazione ed indicare il capitale iniziale	<input type="checkbox"/> Caso di premorienza <input type="checkbox"/> Caso di premorienza o invalidità totale e permanente	Capitale iniziale assicurato euro _____ (importo minimo 10.000,00 euro, massimo in base all'età)
--	---	--

Il sottoscritto dichiara di godere di buona salute, di non aver subito ricoveri presso ospedali e/o case di cura negli ultimi 5 anni e di non aver subito in passato interventi chirurgici diversi dai seguenti: appendicectomia, tonsillectomia, emiectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture degli arti, deviazione del setto nasale, colecistectomia avvenuta da oltre tre mesi, gastrectomia e ulcera da oltre un anno.

Dichiara altresì di non aver eseguito esami diagnostici, analisi di laboratorio, visite specialistiche o altro, che abbiano dato esito di anormalità. Dichiara inoltre di non percepire una pensione di invalidità, né di avere in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità stessa.

Conferma che le dichiarazioni rese sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza, consapevole del fatto che, in caso contrario, il contratto relativo alla prestazione accessoria non sarà valido. Proscioglie dal segreto professionale i medici e gli Enti che possono o potranno averlo curato e visitato, o altre persone alle quali la Società Reale Mutua di Assicurazioni, anche dopo l'eventuale sinistro, ritenesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.

Riconosce infine che la mancata sottoscrizione di dette dichiarazioni non consentirà l'attivazione della prestazione assicurativa accessoria.

(luogo e data) _____, _____ (firma dell'aderente) _____

L'aderente prende atto:

- che l'efficacia dei contratti stipulati mediante offerta fuori sede è sospesa per la durata di 7 giorni, decorrenti dalla data di sottoscrizione del presente modulo. Entro tale data l'aderente ha la facoltà di comunicare, per iscritto a mezzo lettera raccomandata A.R., alla Società Reale Mutua di Assicurazioni o al soggetto collocatore, il proprio recesso, senza spese né corrispettivo;
- di essere responsabile della completezza e della veridicità dei dati e delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione al Fondo Pensione Aperto TESEO e, s'impegna a comunicare con tempestività ogni variazione degli stessi che dovesse successivamente intervenire;
- che non sono ammessi mezzi di pagamento diversi dal bonifico bancario o RID; in caso di pagamento con bonifico bancario non è consentito effettuare lo stesso con valuta retrodatata a favore del beneficiario; in caso di contribuzione tramite RID la modifica degli importi e della periodicità di addebito dovranno essere comunicate con un preavviso di almeno 30 giorni.

L'aderente dichiara inoltre di conoscere ed accettare il Regolamento, di aver preso visione della Nota informativa e aver ricevuto il Progetto esemplificativo.

(luogo e data) _____, _____ (firma dell'aderente) _____

Visto per regolarità ed autenticità delle firme.

Firma del soggetto incaricato del collocamento del fondo pensione aperto TESEO _____

Mod. TES 2028 - 3/2008