

AZIONE DI PREVIDENZA - FONDO PENSIONE APERTO

Soggetto incaricato _____ Intermediario _____

Modulo di adesione ad AZIONE DI PREVIDENZA – FONDO PENSIONE APERTO

iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 111

Attenzione: L'adesione ad "Azione di Previdenza – Fondo Pensione Aperto" deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente'. La Nota informativa ed il Regolamento sono disponibili sul sito www.hdiassicurazioni.it nella Sezione dei Prodotti dedicati alla "Previdenza Complementare". Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

Dati dell'Aderente:

Cognome:		Nome:		Codice Fiscale:	
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:		Nr. documento:	Ente di rilascio:		Data di rilascio:
Residenza in: Città		Via:	Cap:	Prov:	
Telefono:			e-mail:		
Desidero ricevere la corrispondenza in formato cartaceo al seguente indirizzo (qualora differente da quello sopra indicato):					

Titolo di studio

<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> Licenza media inferiore	<input type="checkbox"/> Diploma professionale
<input type="checkbox"/> Diploma media superiore	<input type="checkbox"/> Diploma universitario/laurea triennale	<input type="checkbox"/> Laurea / laurea magistrale	<input type="checkbox"/> Specializzazione post-laurea

Condizione professionale

<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo/libero professionista	<input type="checkbox"/> Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al Fondo	<input type="checkbox"/> Soggetto diverso da quelli precedenti
<input type="checkbox"/> Privato		<input type="checkbox"/> Pubblico	

Data prima iscrizione alla previdenza complementare _____

Ente di Previdenza Obbligatoria _____ Anzianità contributiva: anni ____ mesi ____

Dati del Legale Rappresentante/Esercente la potestà / Tutore/Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci

Cognome:		Nome:		Codice Fiscale:	
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:		Nr. documento:	Ente di rilascio:		Data di rilascio:
Residenza in: Città		Via:	Cap:	Prov:	
Professione:					

Dati dell'Azienda

(solo in caso di lavoratori dipendenti)

Denominazione:		Codice fiscale/partita IVA:	
Indirizzo:		Tel.	e-mail:
Fax:		Codice convenzione:	

Tipologia di adesione

<input type="checkbox"/> Individuale	<input type="checkbox"/> Collettiva
--------------------------------------	-------------------------------------

Nei casi di adesione collettiva, fornire le seguenti informazioni:

Tipologia di adesione collettiva

<input type="checkbox"/> Contratti e accordi collettivi - regolamenti aziendali	<input type="checkbox"/> Accordi plurimi
---	--

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

Denominazione altra forma pensionistica:
Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:
L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata: <input type="checkbox"/> Consegnata <input type="checkbox"/> Non consegnata (*)
(*) Non è prevista la consegna della Scheda dei costi sono nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.

Indicare se si intende chiedere il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica cui già si aderisce <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Fonti di finanziamento ed opzioni di investimento

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

<input type="checkbox"/> Contributo Aderente	<input type="checkbox"/> Garantita _____ %	<input type="checkbox"/> Prudente _____ %	<input type="checkbox"/> Equilibrata _____ %	<input type="checkbox"/> Dinamica _____ %
<input type="checkbox"/> Contributo Datore di Lavoro	<input type="checkbox"/> Garantita	<input type="checkbox"/> Prudente	<input type="checkbox"/> Equilibrata	<input type="checkbox"/> Dinamica
<input type="checkbox"/> TFR maturando	<input type="checkbox"/> Garantita	<input type="checkbox"/> Prudente	<input type="checkbox"/> Equilibrata	<input type="checkbox"/> Dinamica
<input type="checkbox"/> Posizione trasferita	<input type="checkbox"/> Garantita	<input type="checkbox"/> Prudente	<input type="checkbox"/> Equilibrata	<input type="checkbox"/> Dinamica
Categoria del comparto – Questionario di Autovalutazione	Garantito	Obbligazionario puro	Bilanciato	Azionario

Contribuzione e modalità di pagamento**- Adesione individuale**

L'Aderente intende versare al Fondo, a titolo di **primo contributo**, l'importo di € _____ mediante:

assegno non trasferibile intestato a "HDI Assicurazioni S.p.A. - Rubrica Fondo Pensione AP" n. _____

Banca _____ ABI _____ CAB _____

bonifico bancario sul C/C Banca "DEPObank – Banca Depositaria Italiana S.p.A." intestato a "HDI Assicurazioni S.p.A. – Rubrica Fondo Pensione AP", IBAN IT09D0500001600CC0017384000

e, a titolo di **versamento successivo**, un contributo annuo di € _____, da versarsi in rate:

annuali semestrali quadrimestrali trimestrali bimestrali mensili a decorrere dal 15/_____/_____

mediante: assegno bonifico bancario

- Adesione collettiva

bonifico bancario sul C/C Banca "DEPObank – Banca Depositaria Italiana S.p.A." intestato a "HDI Assicurazioni S.p.A. – Rubrica Fondo Pensione AP", IBAN IT09D0500001600CC0017384000

I versamenti, a cura del Datore di Lavoro, dovranno avvenire seguendo le istruzioni scaricabili sul sito www.hdiassicurazioni.it.

Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle sopra indicate. Gli assegni e gli accrediti derivanti da autorizzazioni permanenti di addebito in conto corrente sono accettati salvo buon fine. I costi relativi alle operazioni necessarie all'effettuazione dei versamenti sono a carico dell'Aderente. Le valute riconosciute ai mezzi di pagamento sopraindicati sono le seguenti: Assegni - valuta 2 giorni lavorativi successivi alla data del versamento effettuato presso la Banca Depositaria; Bonifico bancario - valuta pari a quella riconosciuta alla Banca Depositaria dalla Banca Ordinante.

Beneficiari in caso di morte dell'Aderente prima del pensionamento

Eredi legittimi o testamentari dell'Aderente

Beneficiari

◆ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____

Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____

Residente in _____ Prov. _____ Cap _____

Indirizzo _____

◆ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____

Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____

Residente in _____ Prov. _____ Cap _____

Indirizzo _____

◆ _____

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto e di aver preso visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente' e del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata;
- di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il regolamento del Fondo e ogni altra documentazione attinente il Fondo stesso, comunque disponibile sul sito www.hdiassicurazioni.it;
- di aver sottoscritto la 'Scheda dei costi' della forma pensionistica di appartenenza, la cui copia è parte integrante del presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare, qualora la forma pensionistica di provenienza sia tenuta a redigerla);
- che il Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - ◆ sulle informazioni contenute nella sezione 'Informazioni chiave per l'Aderente' e, in particolare, su quelle inerenti le principali caratteristiche del Fondo con specifico riguardo alla contribuzione, alle opzioni di investimento ed ai relativi rischi al fine di effettuare una scelta consapevole e rispondente alle proprie esigenze;
 - ◆ con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nel documento 'Informazioni chiave per l'Aderente';
 - ◆ in merito ai contenuti del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, 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.hdiassicurazioni.it;
 - ◆ 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, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione al Fondo, e si impegna a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Prende atto che:

- a seguito della compilazione in ogni sua parte e sottoscrizione del presente modulo di adesione riceverà, all'indirizzo indicato, apposita comunicazione dell'avvenuta iscrizione al Fondo mediante lettera di conferma, attestante la data di iscrizione e le indicazioni relative al primo contributo versato;
- la sottoscrizione del presente modulo di adesione comporta l'assunzione della responsabilità in ordine alla possibilità di adesione al Fondo;
- l'efficacia dei contratti stipulati al di fuori della sede e delle dipendenze di HDI Assicurazioni S.p.A. o del proponente o del Soggetto incaricato del collocamento è sospesa per la durata di 7 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione del presente modulo. Entro detto termine l'Aderente ha facoltà di recedere dalla propria adesione, senza spese né corrispettivo. Il recesso potrà essere comunicato al Fondo o al Soggetto incaricato del collocamento tramite il quale è avvenuta l'adesione. La sospensione e il diritto di recesso non si applicano alle operazioni di trasferimento da altro Fondo pensione aperto o da altra Forma pensionistica individuale.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Il Sottoscritto Aderente / Legale Rappresentante / Esercente la potestà/ Tutore / Curatore dichiara di voler ricevere la **comunicazione periodica** mediante acquisizione della stessa tramite accesso alla propria **Area Riservata**.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Attenzione: Il consenso potrà essere ritirato successivamente in qualsiasi istante attraverso comunicazione scritta.

Nome, Cognome e Firma del Soggetto incaricato che dichiara di aver identificato l'Aderente o il Legale Rappresentante/Esercente la potestà / Tutore/Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci, nonché la completezza e correttezza del presente modulo

Timbro e Firma dell'Azienda

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

- 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
- 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
- A che età prevede di andare in pensione? _____
- Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)? _____ %
- 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")? Sì No
- Ha verificato il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, al fine di decidere quanto versare al Fondo pensione per ottenere una integrazione della 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.

- 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)
- Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
 2 anni (punteggio 1) 10 anni (punteggio 4)
 5 anni (punteggio 2) 20 anni (punteggio 5)
 7 anni (punteggio 3) Oltre 20 anni (punteggio 6)
- 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 tra 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
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.			

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.

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.

Luogo e data _____ Firma dell'Aderente _____ Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore _____

Luogo e data _____ Firma dell'Aderente _____ Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore _____

Spazio riservato al Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni



HDI Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (I)
Telefono +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500
hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it

Capitale Sociale € 126.000.000,00 i.v.
Codice Fiscale, Partita Iva
e Numero d'iscrizione: 04349061004
del Registro Imprese di Roma,
N. REA: RM-757172

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta
alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022
Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni"
iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

AZIONE DI PREVIDENZA - FONDO PENSIONE APERTO

Soggetto incaricato _____ Intermediario _____

Modulo di adesione ad AZIONE DI PREVIDENZA – FONDO PENSIONE APERTO

iscritto all’Albo tenuto dalla COVIP con il n. 111

Attenzione: L’adesione ad “Azione di Previdenza – Fondo Pensione Aperto” deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento ‘Informazioni chiave per l’Aderente’. La Nota informativa ed il Regolamento sono disponibili sul sito www.hdiassicurazioni.it nella Sezione dei Prodotti dedicati alla “Previdenza Complementare”. Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell’Aderente.

Dati dell’Aderente:

Cognome:		Nome:		Codice Fiscale:	
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:		Nr. documento:	Ente di rilascio:		Data di rilascio:
Residenza in: Città		Via:	Cap:	Prov:	
Telefono:			e-mail:		
Desidero ricevere la corrispondenza in formato cartaceo al seguente indirizzo (qualora differente da quello sopra indicato):					

Titolo di studio

<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> Licenza media inferiore	<input type="checkbox"/> Diploma professionale
<input type="checkbox"/> Diploma media superiore	<input type="checkbox"/> Diploma universitario/laurea triennale	<input type="checkbox"/> Laurea / laurea magistrale	<input type="checkbox"/> Specializzazione post-laurea

Condizione professionale

<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo/libero professionista	<input type="checkbox"/> Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al Fondo	<input type="checkbox"/> Soggetto diverso da quelli precedenti
<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Pubblico			

Data prima iscrizione alla previdenza complementare _____

Ente di Previdenza Obbligatoria _____ Anzianità contributiva: anni ____ mesi ____

Dati del Legale Rappresentante/Esercente la potestà / Tutore/Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci

Cognome:		Nome:		Codice Fiscale:	
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:		Nr. documento:	Ente di rilascio:		Data di rilascio:
Residenza in: Città		Via:	Cap:	Prov:	
Professione:					

Dati dell’Azienda

(solo in caso di lavoratori dipendenti)

Denominazione:		Codice fiscale/partita IVA:	
Indirizzo:		Tel.	e-mail:
Fax:		Codice convenzione:	

Tipologia di adesione

<input type="checkbox"/> Individuale	<input type="checkbox"/> Collettiva
--------------------------------------	-------------------------------------

Nei casi di adesione collettiva, fornire le seguenti informazioni:

Tipologia di adesione collettiva

<input type="checkbox"/> Contratti e accordi collettivi - regolamenti aziendali	<input type="checkbox"/> Accordi plurimi
---	--

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

Denominazione altra forma pensionistica:
Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:
L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata: <input type="checkbox"/> Consegnata <input type="checkbox"/> Non consegnata (*)
(*) Non è prevista la consegna della Scheda dei costi sono nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.
Indicare se si intende chiedere il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica cui già si aderisce <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Fonti di finanziamento ed opzioni di investimento

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

<input type="checkbox"/> Contributo Aderente	<input type="checkbox"/> Garantita _____ %	<input type="checkbox"/> Prudente _____ %	<input type="checkbox"/> Equilibrata _____ %	<input type="checkbox"/> Dinamica _____ %
<input type="checkbox"/> Contributo Datore di Lavoro	<input type="checkbox"/> Garantita	<input type="checkbox"/> Prudente	<input type="checkbox"/> Equilibrata	<input type="checkbox"/> Dinamica
<input type="checkbox"/> TFR maturando	<input type="checkbox"/> Garantita	<input type="checkbox"/> Prudente	<input type="checkbox"/> Equilibrata	<input type="checkbox"/> Dinamica
<input type="checkbox"/> Posizione trasferita	<input type="checkbox"/> Garantita	<input type="checkbox"/> Prudente	<input type="checkbox"/> Equilibrata	<input type="checkbox"/> Dinamica
Categoria del comparto – Questionario di Autovalutazione	Garantito	Obbligazionario puro	Bilanciato	Azionario

Contribuzione e modalità di pagamento**- Adesione individuale**

L'Aderente intende versare al Fondo, a titolo di **primo contributo**, l'importo di € _____ mediante:

assegno non trasferibile intestato a "HDI Assicurazioni S.p.A. - Rubrica Fondo Pensione AP" n. _____

Banca _____ ABI _____ CAB _____

bonifico bancario sul C/C Banca "DEPObank – Banca Depositaria Italiana S.p.A." intestato a "HDI Assicurazioni S.p.A. – Rubrica Fondo Pensione AP", IBAN IT09D0500001600CC0017384000

e, a titolo di **versamento successivo**, un contributo annuo di € _____, da versarsi in rate:

annuali semestrali quadrimestrali trimestrali bimestrali mensili a decorrere dal 15/_____/_____

mediante: assegno bonifico bancario

- Adesione collettiva

bonifico bancario sul C/C Banca "DEPObank – Banca Depositaria Italiana S.p.A." intestato a "HDI Assicurazioni S.p.A. – Rubrica Fondo Pensione AP", IBAN IT09D0500001600CC0017384000

I versamenti, a cura del Datore di Lavoro, dovranno avvenire seguendo le istruzioni scaricabili sul sito www.hdiassicurazioni.it.

Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle sopra indicate. Gli assegni e gli accrediti derivanti da autorizzazioni permanenti di addebito in conto corrente sono accettati salvo buon fine. I costi relativi alle operazioni necessarie all'effettuazione dei versamenti sono a carico dell'Aderente. Le valute riconosciute ai mezzi di pagamento sopraindicati sono le seguenti: Assegni - valuta 2 giorni lavorativi successivi alla data del versamento effettuato presso la Banca Depositaria; Bonifico bancario - valuta pari a quella riconosciuta alla Banca Depositaria dalla Banca Ordinante.

Beneficiari in caso di morte dell'Aderente prima del pensionamento

Eredi legittimi o testamentari dell'Aderente

Beneficiari

◆ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____

Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____

Residente in _____ Prov. _____ Cap _____

Indirizzo _____

◆ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____

Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____

Residente in _____ Prov. _____ Cap _____

Indirizzo _____

◆ _____

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto e di aver preso visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente' e del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata;
- di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il regolamento del Fondo e ogni altra documentazione attinente il Fondo stesso, comunque disponibile sul sito www.hdiassicurazioni.it;
- di aver sottoscritto la 'Scheda dei costi' della forma pensionistica di appartenenza, la cui copia è parte integrante del presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare, qualora la forma pensionistica di provenienza sia tenuta a redigerla);
- che il Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - ◆ sulle informazioni contenute nella sezione 'Informazioni chiave per l'Aderente' e, in particolare, su quelle inerenti le principali caratteristiche del Fondo con specifico riguardo alla contribuzione, alle opzioni di investimento ed ai relativi rischi al fine di effettuare una scelta consapevole e rispondente alle proprie esigenze;
 - ◆ con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nel documento 'Informazioni chiave per l'Aderente';
 - ◆ in merito ai contenuti del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, 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.hdiassicurazioni.it;
 - ◆ 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, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione al Fondo, e si impegna a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Prende atto che:

- a seguito della compilazione in ogni sua parte e sottoscrizione del presente modulo di adesione riceverà, all'indirizzo indicato, apposita comunicazione dell'avvenuta iscrizione al Fondo mediante lettera di conferma, attestante la data di iscrizione e le indicazioni relative al primo contributo versato;
- la sottoscrizione del presente modulo di adesione comporta l'assunzione della responsabilità in ordine alla possibilità di adesione al Fondo;
- l'efficacia dei contratti stipulati al di fuori della sede e delle dipendenze di HDI Assicurazioni S.p.A. o del proponente o del Soggetto incaricato del collocamento è sospesa per la durata di 7 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione del presente modulo. Entro detto termine l'Aderente ha facoltà di recedere dalla propria adesione, senza spese né corrispettivo. Il recesso potrà essere comunicato al Fondo o al Soggetto incaricato del collocamento tramite il quale è avvenuta l'adesione. La sospensione e il diritto di recesso non si applicano alle operazioni di trasferimento da altro Fondo pensione aperto o da altra Forma pensionistica individuale.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Il Sottoscritto Aderente / Legale Rappresentante / Esercente la potestà/ Tutore / Curatore dichiara di voler ricevere la **comunicazione periodica** mediante acquisizione della stessa tramite accesso alla propria **Area Riservata**.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Attenzione: Il consenso potrà essere ritirato successivamente in qualsiasi istante attraverso comunicazione scritta.

Nome, Cognome e Firma del Soggetto incaricato che dichiara di aver identificato l'Aderente o il Legale Rappresentante/Esercente la potestà / Tutore/Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci, nonché la completezza e correttezza del presente modulo

Timbro e Firma dell'Azienda

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

- 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
- 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
- A che età prevede di andare in pensione? _____
- Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)? _____ %
- 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")? Sì No
- Ha verificato il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, al fine di decidere quanto versare al Fondo pensione per ottenere una integrazione della 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.

- 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)
- Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
 2 anni (punteggio 1) 10 anni (punteggio 4)
 5 anni (punteggio 2) 20 anni (punteggio 5)
 7 anni (punteggio 3) Oltre 20 anni (punteggio 6)
- 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 tra 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
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.			

- 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.
- 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.

Luogo e data _____ Firma dell'Aderente _____ Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore _____

Luogo e data _____ Firma dell'Aderente _____ Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore _____

Spazio riservato al Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni



HDI Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (I)
Telefono +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500
hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it

Capitale Sociale € 126.000.000,00 i.v.
Codice Fiscale, Partita Iva
e Numero d'iscrizione: 04349061004
del Registro Imprese di Roma,
N. REA: RM-757172

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta
alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022
Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni"
iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

AZIONE DI PREVIDENZA - FONDO PENSIONE APERTO

Soggetto incaricato _____ Intermediario _____

Modulo di adesione ad AZIONE DI PREVIDENZA – FONDO PENSIONE APERTO

iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 111

Attenzione: L'adesione ad "Azione di Previdenza – Fondo Pensione Aperto" deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente'. La Nota informativa ed il Regolamento sono disponibili sul sito www.hdiassicurazioni.it nella Sezione dei Prodotti dedicati alla "Previdenza Complementare". Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

Dati dell'Aderente:

Cognome:		Nome:		Codice Fiscale:	
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:	Nr. documento:	Ente di rilascio:		Data di rilascio:	
Residenza in: Città	Via:	Cap:	Prov:		
Telefono:			e-mail:		
Desidero ricevere la corrispondenza in formato cartaceo al seguente indirizzo (qualora differente da quello sopra indicato):					

Titolo di studio

<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> Licenza media inferiore	<input type="checkbox"/> Diploma professionale
<input type="checkbox"/> Diploma media superiore	<input type="checkbox"/> Diploma universitario/laurea triennale	<input type="checkbox"/> Laurea / laurea magistrale	<input type="checkbox"/> Specializzazione post-laurea

Condizione professionale

<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo/libero professionista	<input type="checkbox"/> Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al Fondo	<input type="checkbox"/> Soggetto diverso da quelli precedenti
<input type="checkbox"/> Privato	<input type="checkbox"/> Pubblico		

Data prima iscrizione alla previdenza complementare _____

Ente di Previdenza Obbligatoria _____ Anzianità contributiva: anni ____ mesi ____

Dati del Legale Rappresentante/Esercente la potestà / Tutore/Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci

Cognome:		Nome:		Codice Fiscale:	
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:	Nr. documento:	Ente di rilascio:		Data di rilascio:	
Residenza in: Città	Via:	Cap:	Prov:		
Professione:					

Dati dell'Azienda

(solo in caso di lavoratori dipendenti)

Denominazione:		Codice fiscale/partita IVA:	
Indirizzo:		Tel.	e-mail:
Fax:		Codice convenzione:	

Tipologia di adesione

<input type="checkbox"/> Individuale	<input type="checkbox"/> Collettiva
--------------------------------------	-------------------------------------

Nei casi di adesione collettiva, fornire le seguenti informazioni:

Tipologia di adesione collettiva

<input type="checkbox"/> Contratti e accordi collettivi - regolamenti aziendali	<input type="checkbox"/> Accordi plurimi
---	--

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

Denominazione altra forma pensionistica:
Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:
L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata: <input type="checkbox"/> Consegnata <input type="checkbox"/> Non consegnata (*)
(*) Non è prevista la consegna della Scheda dei costi sono nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.
Indicare se si intende chiedere il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica cui già si aderisce <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Fonti di finanziamento ed opzioni di investimento

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

<input type="checkbox"/> Contributo Aderente	<input type="checkbox"/> Garantita _____%	<input type="checkbox"/> Prudente _____%	<input type="checkbox"/> Equilibrata _____%	<input type="checkbox"/> Dinamica _____%
<input type="checkbox"/> Contributo Datore di Lavoro	<input type="checkbox"/> Garantita	<input type="checkbox"/> Prudente	<input type="checkbox"/> Equilibrata	<input type="checkbox"/> Dinamica
<input type="checkbox"/> TFR maturando	<input type="checkbox"/> Garantita	<input type="checkbox"/> Prudente	<input type="checkbox"/> Equilibrata	<input type="checkbox"/> Dinamica
<input type="checkbox"/> Posizione trasferita	<input type="checkbox"/> Garantita	<input type="checkbox"/> Prudente	<input type="checkbox"/> Equilibrata	<input type="checkbox"/> Dinamica
Categoria del comparto – Questionario di Autovalutazione	Garantito	Obbligazionario puro	Bilanciato	Azionario

Contribuzione e modalità di pagamento**- Adesione individuale**

L'Aderente intende versare al Fondo, a titolo di **primo contributo**, l'importo di € _____ mediante:

assegno non trasferibile intestato a "HDI Assicurazioni S.p.A. - Rubrica Fondo Pensione AP" n. _____

Banca _____ ABI _____ CAB _____

bonifico bancario sul C/C Banca "DEPObank – Banca Depositaria Italiana S.p.A." intestato a "HDI Assicurazioni S.p.A. – Rubrica Fondo Pensione AP", IBAN IT09D0500001600CC0017384000

e, a titolo di **versamento successivo**, un contributo annuo di € _____, da versarsi in rate:

annuali semestrali quadrimestrali trimestrali bimestrali mensili a decorrere dal 15/_____/_____

mediante: assegno bonifico bancario

- Adesione collettiva

bonifico bancario sul C/C Banca "DEPObank – Banca Depositaria Italiana S.p.A." intestato a "HDI Assicurazioni S.p.A. – Rubrica Fondo Pensione AP", IBAN IT09D0500001600CC0017384000

I versamenti, a cura del Datore di Lavoro, dovranno avvenire seguendo le istruzioni scaricabili sul sito www.hdiassicurazioni.it.

Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle sopra indicate. Gli assegni e gli accrediti derivanti da autorizzazioni permanenti di addebito in conto corrente sono accettati salvo buon fine. I costi relativi alle operazioni necessarie all'effettuazione dei versamenti sono a carico dell'Aderente. Le valute riconosciute ai mezzi di pagamento sopraindicati sono le seguenti: Assegni - valuta 2 giorni lavorativi successivi alla data del versamento effettuato presso la Banca Depositaria; Bonifico bancario - valuta pari a quella riconosciuta alla Banca Depositaria dalla Banca Ordinante.

Beneficiari in caso di morte dell'Aderente prima del pensionamento

Eredi legittimi o testamentari dell'Aderente

Beneficiari

◆ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____
Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____
Residente in _____ Prov. _____ Cap _____
Indirizzo _____

◆ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____
Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____
Residente in _____ Prov. _____ Cap _____
Indirizzo _____

◆ _____

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto e di aver preso visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente' e del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata;
- di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il regolamento del Fondo e ogni altra documentazione attinente il Fondo stesso, comunque disponibile sul sito www.hdiassicurazioni.it;
- di aver sottoscritto la 'Scheda dei costi' della forma pensionistica di appartenenza, la cui copia è parte integrante del presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare, qualora la forma pensionistica di provenienza sia tenuta a redigerla);
- che il Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - ◆ sulle informazioni contenute nella sezione 'Informazioni chiave per l'Aderente' e, in particolare, su quelle inerenti le principali caratteristiche del Fondo con specifico riguardo alla contribuzione, alle opzioni di investimento ed ai relativi rischi al fine di effettuare una scelta consapevole e rispondente alle proprie esigenze;
 - ◆ con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nel documento 'Informazioni chiave per l'Aderente';
 - ◆ in merito ai contenuti del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, 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.hdiassicurazioni.it;
 - ◆ 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, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione al Fondo, e si impegna a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Prende atto che:

- a seguito della compilazione in ogni sua parte e sottoscrizione del presente modulo di adesione riceverà, all'indirizzo indicato, apposita comunicazione dell'avvenuta iscrizione al Fondo mediante lettera di conferma, attestante la data di iscrizione e le indicazioni relative al primo contributo versato;
- la sottoscrizione del presente modulo di adesione comporta l'assunzione della responsabilità in ordine alla possibilità di adesione al Fondo;
- l'efficacia dei contratti stipulati al di fuori della sede e delle dipendenze di HDI Assicurazioni S.p.A. o del proponente o del Soggetto incaricato del collocamento è sospesa per la durata di 7 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione del presente modulo. Entro detto termine l'Aderente ha facoltà di recedere dalla propria adesione, senza spese né corrispettivo. Il recesso potrà essere comunicato al Fondo o al Soggetto incaricato del collocamento tramite il quale è avvenuta l'adesione. La sospensione e il diritto di recesso non si applicano alle operazioni di trasferimento da altro Fondo pensione aperto o da altra Forma pensionistica individuale.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Il Sottoscritto Aderente / Legale Rappresentante / Esercente la potestà/ Tutore / Curatore dichiara di voler ricevere la **comunicazione periodica** mediante acquisizione della stessa tramite accesso alla propria **Area Riservata**.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Attenzione: Il consenso potrà essere ritirato successivamente in qualsiasi istante attraverso comunicazione scritta.

Nome, Cognome e Firma del Soggetto incaricato che dichiara di aver identificato l'Aderente o il Legale Rappresentante/Esercente la potestà / Tutore/Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci, nonché la completezza e correttezza del presente modulo

Timbro e Firma dell'Azienda

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

- 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
- 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
- A che età prevede di andare in pensione? _____
- Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)? _____ %
- 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")? Sì No
- Ha verificato il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, al fine di decidere quanto versare al Fondo pensione per ottenere una integrazione della 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.

- 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)
- Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
 2 anni (punteggio 1) 10 anni (punteggio 4)
 5 anni (punteggio 2) 20 anni (punteggio 5)
 7 anni (punteggio 3) Oltre 20 anni (punteggio 6)
- 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 tra 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
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.			

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.

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.

Luogo e data _____ Firma dell'Aderente _____ Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore _____

Luogo e data _____ Firma dell'Aderente _____ Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore _____

Spazio riservato al Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni



HDI Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (I)
Telefono +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500
hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it

Capitale Sociale € 126.000.000,00 i.v.
Codice Fiscale, Partita Iva
e Numero d'iscrizione: 04349061004
del Registro Imprese di Roma,
N. REA: RM-757172

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta
alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022
Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni"
iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

AZIONE DI PREVIDENZA - FONDO PENSIONE APERTO

Soggetto incaricato _____ Intermediario _____

Modulo di adesione ad AZIONE DI PREVIDENZA – FONDO PENSIONE APERTO**iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 111**

Attenzione: L'adesione ad "Azione di Previdenza – Fondo Pensione Aperto" deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente'. La Nota informativa ed il Regolamento sono disponibili sul sito www.hdiassicurazioni.it nella Sezione dei Prodotti dedicati alla "Previdenza Complementare". Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

Dati dell'Aderente:

Cognome:	Nome:	Codice Fiscale:		
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:	Nr. documento:	Ente di rilascio:	Data di rilascio:	
Residenza in: Città	Via:	Cap:	Prov:	
Telefono:		e-mail:		
Desidero ricevere la corrispondenza in formato cartaceo al seguente indirizzo (qualora differente da quello sopra indicato):				

Titolo di studio

<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> Licenza media inferiore	<input type="checkbox"/> Diploma professionale
<input type="checkbox"/> Diploma media superiore	<input type="checkbox"/> Diploma universitario/laurea triennale	<input type="checkbox"/> Laurea / laurea magistrale	<input type="checkbox"/> Specializzazione post-laurea

Condizione professionale

<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo/libero professionista	<input type="checkbox"/> Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al Fondo	<input type="checkbox"/> Soggetto diverso da quelli precedenti
<input type="checkbox"/> Privato	<input type="checkbox"/> Pubblico		

Data prima iscrizione alla previdenza complementare _____

Ente di Previdenza Obbligatoria _____ Anzianità contributiva: anni ____ mesi ____

Dati del Legale Rappresentante/Esercente la potestà / Tutore/Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci

Cognome:	Nome:	Codice Fiscale:		
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
Tipo documento:	Nr. documento:	Ente di rilascio:	Data di rilascio:	
Residenza in: Città	Via:	Cap:	Prov:	
Professione:				

Dati dell'Azienda

(solo in caso di lavoratori dipendenti)

Denominazione:	Codice fiscale/partita IVA:		
Indirizzo:	Tel.	e-mail:	
Fax:	Codice convenzione:		

Tipologia di adesione

<input type="checkbox"/> Individuale	<input type="checkbox"/> Collettiva
--------------------------------------	-------------------------------------

Nei casi di adesione collettiva, fornire le seguenti informazioni:

Tipologia di adesione collettiva

<input type="checkbox"/> Contratti e accordi collettivi - regolamenti aziendali	<input type="checkbox"/> Accordi plurimi
---	--

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

Denominazione altra forma pensionistica:
Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:
L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata: <input type="checkbox"/> Consegnata <input type="checkbox"/> Non consegnata (*)
(*) Non è prevista la consegna della Scheda dei costi sono nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.
Indicare se si intende chiedere il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica cui già si aderisce <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Fonti di finanziamento ed opzioni di investimento

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

<input type="checkbox"/> Contributo Aderente	<input type="checkbox"/> Garantita _____ %	<input type="checkbox"/> Prudente _____ %	<input type="checkbox"/> Equilibrata _____ %	<input type="checkbox"/> Dinamica _____ %
<input type="checkbox"/> Contributo Datore di Lavoro	<input type="checkbox"/> Garantita	<input type="checkbox"/> Prudente	<input type="checkbox"/> Equilibrata	<input type="checkbox"/> Dinamica
<input type="checkbox"/> TFR maturando	<input type="checkbox"/> Garantita	<input type="checkbox"/> Prudente	<input type="checkbox"/> Equilibrata	<input type="checkbox"/> Dinamica
<input type="checkbox"/> Posizione trasferita	<input type="checkbox"/> Garantita	<input type="checkbox"/> Prudente	<input type="checkbox"/> Equilibrata	<input type="checkbox"/> Dinamica
Categoria del comparto – Questionario di Autovalutazione	Garantito	Obbligazionario puro	Bilanciato	Azionario

Contribuzione e modalità di pagamento**- Adesione individuale**

L'Aderente intende versare al Fondo, a titolo di **primo contributo**, l'importo di € _____ mediante:

assegno non trasferibile intestato a "HDI Assicurazioni S.p.A. - Rubrica Fondo Pensione AP" n. _____

Banca _____ ABI _____ CAB _____

bonifico bancario sul C/C Banca "DEPObank – Banca Depositaria Italiana S.p.A." intestato a "HDI Assicurazioni S.p.A. – Rubrica Fondo Pensione AP", IBAN IT09D0500001600CC0017384000

e, a titolo di **versamento successivo**, un contributo annuo di € _____, da versarsi in rate:

annuali semestrali quadrimestrali trimestrali bimestrali mensili a decorrere dal 15/_____/_____

mediante: assegno bonifico bancario

- Adesione collettiva

bonifico bancario sul C/C Banca "DEPObank – Banca Depositaria Italiana S.p.A." intestato a "HDI Assicurazioni S.p.A. – Rubrica Fondo Pensione AP", IBAN IT09D0500001600CC0017384000

I versamenti, a cura del Datore di Lavoro, dovranno avvenire seguendo le istruzioni scaricabili sul sito www.hdiassicurazioni.it.

Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle sopra indicate. Gli assegni e gli accrediti derivanti da autorizzazioni permanenti di addebito in conto corrente sono accettati salvo buon fine. I costi relativi alle operazioni necessarie all'effettuazione dei versamenti sono a carico dell'Aderente. Le valute riconosciute ai mezzi di pagamento sopraindicati sono le seguenti: Assegni - valuta 2 giorni lavorativi successivi alla data del versamento effettuato presso la Banca Depositaria; Bonifico bancario - valuta pari a quella riconosciuta alla Banca Depositaria dalla Banca Ordinante.

Beneficiari in caso di morte dell'Aderente prima del pensionamento

Eredi legittimi o testamentari dell'Aderente

Beneficiari

◆ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____

Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____

Residente in _____ Prov. _____ Cap _____

Indirizzo _____

◆ Cognome e Nome / Denominazione e Ragione sociale _____

Nato a _____ il ____/____/____ CF / P. IVA _____

Residente in _____ Prov. _____ Cap _____

Indirizzo _____

◆ _____

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto e di aver preso visione del documento 'Informazioni chiave per l'Aderente' e del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata;
- di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il regolamento del Fondo e ogni altra documentazione attinente il Fondo stesso, comunque disponibile sul sito www.hdiassicurazioni.it;
- di aver sottoscritto la 'Scheda dei costi' della forma pensionistica di appartenenza, la cui copia è parte integrante del presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare, qualora la forma pensionistica di provenienza sia tenuta a redigerla);
- che il Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - ◆ sulle informazioni contenute nella sezione 'Informazioni chiave per l'Aderente' e, in particolare, su quelle inerenti le principali caratteristiche del Fondo con specifico riguardo alla contribuzione, alle opzioni di investimento ed ai relativi rischi al fine di effettuare una scelta consapevole e rispondente alle proprie esigenze;
 - ◆ con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nel documento 'Informazioni chiave per l'Aderente';
 - ◆ in merito ai contenuti del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, 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.hdiassicurazioni.it;
 - ◆ 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, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione al Fondo, e si impegna a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Prende atto che:

- a seguito della compilazione in ogni sua parte e sottoscrizione del presente modulo di adesione riceverà, all'indirizzo indicato, apposita comunicazione dell'avvenuta iscrizione al Fondo mediante lettera di conferma, attestante la data di iscrizione e le indicazioni relative al primo contributo versato;
- la sottoscrizione del presente modulo di adesione comporta l'assunzione della responsabilità in ordine alla possibilità di adesione al Fondo;
- l'efficacia dei contratti stipulati al di fuori della sede e delle dipendenze di HDI Assicurazioni S.p.A. o del proponente o del Soggetto incaricato del collocamento è sospesa per la durata di 7 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione del presente modulo. Entro detto termine l'Aderente ha facoltà di recedere dalla propria adesione, senza spese né corrispettivo. Il recesso potrà essere comunicato al Fondo o al Soggetto incaricato del collocamento tramite il quale è avvenuta l'adesione. La sospensione e il diritto di recesso non si applicano alle operazioni di trasferimento da altro Fondo pensione aperto o da altra Forma pensionistica individuale.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Il Sottoscritto Aderente / Legale Rappresentante / Esercente la potestà/ Tutore / Curatore dichiara di voler ricevere la **comunicazione periodica** mediante acquisizione della stessa tramite accesso alla propria **Area Riservata**.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

Firma del Legale Rappresentante /
Esercente la potestà/Tutore/Curatore

Attenzione: Il consenso potrà essere ritirato successivamente in qualsiasi istante attraverso comunicazione scritta.

Nome, Cognome e Firma del Soggetto incaricato che dichiara di aver identificato l'Aderente o il Legale Rappresentante/Esercente la potestà / Tutore/Curatore per eventuali Aderenti minori o incapaci, nonché la completezza e correttezza del presente modulo

Timbro e Firma dell'Azienda

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

- 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
- 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
- A che età prevede di andare in pensione? _____
- Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)? _____ %
- 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")? Sì No
- Ha verificato il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, al fine di decidere quanto versare al Fondo pensione per ottenere una integrazione della 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.

- 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)
- Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
 2 anni (punteggio 1) 10 anni (punteggio 4)
 5 anni (punteggio 2) 20 anni (punteggio 5)
 7 anni (punteggio 3) Oltre 20 anni (punteggio 6)
- 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 tra 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
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.			

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.

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.

Luogo e data _____ Firma dell'Aderente _____ Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore _____

Luogo e data _____ Firma dell'Aderente _____ Firma del Legale Rappresentante / Esercente la potestà/Tutore/Curatore _____

Spazio riservato al Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni



HDI Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (I)
Telefono +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500
hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it

Capitale Sociale € 126.000.000,00 i.v.
Codice Fiscale, Partita Iva
e Numero d'iscrizione: 04349061004
del Registro Imprese di Roma,
N. REA: RM-757172

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta
alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022
Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni"
iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015