

Allianz Previdenza

Fondo Pensione Aperto a contribuzione definita

Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 4

Modulo di adesione

Edizione 03/2025

Attenzione: l'adesione a ALLIANZ PREVIDENZA – FONDO PENSIONE APERTO A CONTRIBUZIONE DEFINITA deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e dell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità'. La Nota informativa e il Regolamento sono disponibili sul sito www.allianz.it. Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'aderente.

Servizio Clienti



Opzione 4.1: per qualsiasi informazione,
chiarimento o supporto

Questionario esigenze assicurative

Cliente

Cognome e Nome _____

Codice fiscale o Partita IVA _____

Nota: nel caso di Cliente Persona Giuridica, gli estremi anagrafici del Cliente sono quelli del Legale Rappresentante e le informazioni del questionario sono fornite da quest'ultimo.

Egregio Signore, Gentile Signora

con il questionario che segue cercheremo di acquisire, nel suo interesse, informazioni utili a valutare, di volta in volta, l'adeguatezza della nostra offerta assicurativa complessiva rispetto alle sue specifiche esigenze, tenendo presente che la mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione.

La ringraziamo per la sua collaborazione.

Per poter formulare una proposta in linea con le sue esigenze è fondamentale avere un quadro chiaro della sua situazione complessiva, che tiene conto sia del contesto lavorativo sia di quello familiare.

Categoria Professionale

1. A quale categoria professionale appartiene? Scegliere una categoria dell'elenco

- | | |
|--|--|
| ☐ Dirigente | ☐ Pensionato |
| ☐ Imprenditore | ☐ Lavoratore dipendente a tempo determinato |
| ☐ Lavoratore autonomo | ☐ Lavoratore dipendente a tempo indeterminato |
| ☐ Libero professionista | ☐ NON occupato (studenti/casalinghe) |

Esigenze Assicurative dell'Aderente

2. Quale delle seguenti esigenze intende soddisfare con il Suo investimento?

- ☐ forme di protezione in caso di decesso, invalidità o non autosufficienza
- ☐ pianificare un investimento che persegua la valorizzazione del capitale nel medio o lungo periodo, mantenendo comunque la possibilità di smobilizzare in ogni momento l'intero capitale investito
- ☐ aderire a una forma di previdenza complementare ai sensi del Decreto Legislativo 5 dicembre 2005, n. 252, anche al fine di godere dei relativi benefici fiscali e di integrare il trattamento pensionistico obbligatorio
- ☐ Nessuna delle precedenti

3. Le forme di previdenza complementare presentano caratteristiche che possono rispondere a diverse esigenze. Quali tra le seguenti incontrano le Sue attuali esigenze?

- ☐ possibilità di beneficiare, a fronte di maggiorazioni di costo, di forme di protezione accessoria in caso di decesso, invalidità o non autosufficienza
- ☐ possibilità di beneficiare, a fronte di maggiorazioni di costo, di forme di protezione accessoria solo in caso di decesso
- ☐ Nessuna delle precedenti, in quanto non interessato a garanzie accessorie

Situazione Assicurativa Previdenziale del Cliente

4. Il Cliente attualmente ha già sottoscritto altri prodotti o forme complementari a copertura di una o più delle esigenze manifestate?

- ☐ SÌ ☐ NO

Se la risposta è sì, rispondere alla domanda successiva:

Le coperture assicurative attualmente in essere sono in grado di tutelarla pienamente rispetto a queste esigenze?

- ☐ SÌ ☐ NO

Grazie alla sua disponibilità, abbiamo potuto raccogliere le informazioni che ci consentiranno di proporle la soluzione assicurativa più adatta alle sue esigenze.

ALLIANZ PREVIDENZA Fondo Pensione Aperto a contribuzione definita

Spett.le ALLIANZ PREVIDENZA Fondo Pensione Aperto – Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano

Circolare COVIP n. 287 del 19 gennaio 2024 avente ad oggetto la "Gestione unitaria della posizione individuale. Indicazioni al settore"

Nel caso la richiesta di adesione al Fondo Pensione Aperto venga sottoscritta al di fuori della sede legale o delle dipendenze dell'Impresa di Assicurazione del proponente la soluzione previdenziale o del soggetto incaricato della raccolta delle adesioni, il richiedente prende atto che, in ottemperanza a quanto previsto dalla Circolare COVIP n. 287 del 19 gennaio 2024 avente ad oggetto la "Gestione unitaria della posizione individuale. Indicazioni al settore", salvo particolari casistiche residuali, non sarà possibile per la Società attivare più posizioni presso la medesima forma pensionistica complementare. Pertanto, nel caso in cui la Società rilevi la presenza di altra posizione nella presente forma pensionistica complementare e non venga riscontrata la sussistenza dei presupposti che consentono la presenza di più posizioni, la stessa si riserva la facoltà di non accettare a tutti gli effetti la richiesta di adesione, senza oneri aggiuntivi, dandone tempestivo avviso e restituendo l'eventuale versamento contributivo già effettuato.

Luogo e data _____ **Firma Aderente** _____

Anagrafica aderente

Io sottoscritto/a	
Cognome _____	Nome _____
Codice fiscale _____	Sesso ☐ M ☐ F
Residente in Via/Piazza _____ n° _____	
Città _____	Cap _____ Prov _____ Stato _____ Cittadinanza _____
Nato/a il ____/____/____	a _____ Prov _____ Stato _____
Tipo doc. _____ n° _____	Luogo rilascio _____ il ____/____/____
Rilasciato da _____	Data scadenza ____/____/____
Residenza (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) _____ N. civico _____ CAP _____	
Comune _____	Provincia _____ Stato di residenza fiscale * _____
Codice Fiscale estero/Motivo dell'indisponibilità _____ (in caso di residenza fiscale diversa da Italia – obbligatorio se residenza fiscale USA)	
Domicilio (se diverso da residenza) _____ N. civico _____ CAP _____	
Comune _____	Provincia _____ Stato _____
E-mail (obbligatorio) _____	Tel (obbligatorio) _____ Cell (obbligatorio) _____
* L'indicazione dello Stato di residenza fiscale ai sensi dell'art.2 e dell'art.73 del TUIR approvato con D.P.R. 917 del 22 dicembre 1986, vale quale autocertificazione della residenza ex art.46 del D.P.R. del 28 dicembre 2000. In caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi di cui al relativo art.76 è prevista l'applicazione di eventuali sanzioni penali	
Desidero ricevere le comunicazioni: ☐ in formato elettronico via e-mail ☐ in formato cartaceo all'indirizzo di residenza	
Data prima iscrizione alla previdenza complementare dichiarata dall'Aderente ¹ : ____/____/____	
Titolo di studio: ☐ nessuno ☐ licenza elementare ☐ licenza media inferiore ☐ diploma professionale ☐ diploma media superiore ☐ diploma universitario/laurea triennale ☐ laurea/laurea magistrale ☐ specializzazione post-laurea	
Condizione professionale: ☐ lavoratore dipendente del settore privato ☐ lavoratore dipendente del settore pubblico ☐ lavoratore autonomo/libero professionista ☐ soggetto diverso da lav. dipendente/autonomo	
Modalità di adesione: ☐ contratti e accordi collettivi-regolamenti aziendali (con azienda) ☐ accordi plurisoggettivi (con azienda) ☐ forma individuale (con azienda) ☐ forma individuale (senza azienda)	
Chiedo, con la presente, di aderire a ALLIANZ PREVIDENZA Fondo Pensione Aperto a contribuzione definita (di seguito per brevità ALLIANZ PREVIDENZA) ed a tal fine dichiaro:	
– di essere lavoratore di prima occupazione successiva alla data del 1° gennaio 2007: ☐ SI ² ☐ NO	
– di essere iscritto a vecchi PIP ³ (detti anche FIP) gestiti da Allianz S.p.A.: ☐ SI ☐ NO	
– di essere il soggetto che sostiene la spesa ⁴ : ☐ SI ☐ NO	
Codice Fiscale del soggetto che sostiene la spesa in luogo dell'Aderente (solo per versamenti volontari)	% spesa
_____	_____
Data di effetto	_____

1 Della quale l'Aderente risulti ancora iscritto, non avendo esercitato il diritto di riscatto totale. Se non iscritto, inserire la data di sottoscrizione del presente modulo di adesione.

2 Se l'aderente non è mai stato iscritto alla previdenza obbligatoria, deve rispondere SI alla domanda.

3 Ovvero contratti stipulati fino al 31.12.2006 e non adeguati ai sensi dell'art. 23, comma 3 del D. Lgs 252/05.

4 Per "soggetto che detiene la spesa" si intende l'aderente medesimo e/o il suo datore di lavoro.

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

Denominazione altra forma pensionistica: _____

Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP: _____ e-mail _____ Tel _____

L'attuale Scheda **'I costi'** della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata: ☐ consegnata ☐ non consegnata⁵

La Scheda 'I costi' della forma pensionistica a cui risulta già iscritto dev'essere sottoscritta **su ogni pagina** ed allegata al presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare che redige la Scheda 'I costi') anche in assenza di trasferimento

Si richiede il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica al fondo ALLIANZ PREVIDENZA: ☐ SI ☐ NO
e si prende atto che l'operazione è subordinata all'invio, a cura dell'aderente, della richiesta anche al fondo cedent

(sezione da compilare solo in caso di versamenti tramite azienda)

Nome Azienda _____ Cod. Azienda _____

Sede Legale in Via/Piazza _____ n° _____ Città _____

Prov. _____ Cap _____ P. IVA in assenza C.F. _____

da contattare per le istruzioni operative:

Referente Azienda _____ Tel _____

e-mail _____ Fax _____

Referente società esterna _____ Tel _____

e-mail _____ Fax _____

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

Chiedo altresì di attivare per tutta la mia posizione previdenziale l'opzione Life Cycle, scegliendo uno tra i seguenti percorsi:

Avvertenza: L'attivazione non potrà essere richiesta qualora manchino meno di cinque anni alla maturazione dei requisiti di accesso al pensionamento.

- ☐ PERCORSO PRUDENTE
☐ PERCORSO EQUILIBRATO
☐ PERCORSO VIVACE

In alternativa chiedo che ogni versamento contributivo a mio favore sia investito come segue:

Ripartizione	Denominazione dei comparti	Categoria	Ripartizione	Denominazione dei comparti	Categoria
_____ %	LINEA FLESSIBILE CON GARANZIA DI RESTITUZIONE DEL CAPITALE	GARANTITO	_____ %	LINEA OBBLIGAZIONARIA BREVE TERMINE	OBBLIGAZIONARIO PURO
_____ %	LINEA OBBLIGAZIONARIA LUNGO TERMINE	OBBLIGAZIONARIO PURO	_____ %	LINEA BILANCIATA	BILANCIATO
_____ %	LINEA AZIONARIA	AZIONARIO			

I versamenti contributivi saranno effettuati tramite: ☐ azienda ☐ SDD ☐ bonifico bancario

In allegato al presente modulo si trasmette:

☐ modulo SDD

☐ copia bonifico (Iban IT1880330701719000000024172 Swift TWOSITMM intestato a "Allianz S.p.A. – Fondo Pensione Aperto Allianz Previdenza")

Per i bonifici e gli addebiti diretti (SDD) la valuta è pari alla data riconosciuta dalla banca ordinante.

Se si è chiesto il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica al fondo ALLIANZ PREVIDENZA (La richiesta di trasferimento va presentata, a cura dell'aderente, al fondo cedente)

Chiedo che l'importo trasferito a ALLIANZ PREVIDENZA sia investito come segue:

- in caso di attivazione dell'opzione Life Cycle, sulle linee del percorso scelto;
- **qualora non sia stata attivata l'opzione Life Cycle**, secondo le seguenti percentuali (in caso di mancata indicazione, l'importo trasferito sarà investito secondo le percentuali prescelte per il versamento dei contributi):

Ripartizione	Denominazione dei comparti	Categoria	Ripartizione	Denominazione dei comparti	Categoria
_____ %	LINEA FLESSIBILE CON GARANZIA DI RESTITUZIONE DEL CAPITALE	GARANTITO	_____ %	LINEA OBBLIGAZIONARIA BREVE TERMINE	OBBLIGAZIONARIO PURO
_____ %	LINEA OBBLIGAZIONARIA LUNGO TERMINE	OBBLIGAZIONARIO PURO	_____ %	LINEA BILANCIATA	BILANCIATO
_____ %	LINEA AZIONARIA	AZIONARIO			

Soltanto a conclusione del perfezionamento del trasferimento la data di prima iscrizione alla previdenza complementare dichiarata dall'Aderente potrà essere aggiornata

⁵ Non è prevista la consegna della Scheda 'I costi' solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.

Chiedo inoltre:

☐ di **attivare** le garanzie accessorie al Fondo Pensione in esso previste, consapevole del relativo costo aggiuntivo e le cui prestazioni assicurate sono indicate negli allegati al Regolamento, in base all'importo di premio da me prescelto:

☐ copertura assicurativa per il solo caso di morte

☐ copertura assicurativa per il caso di morte ed invalidità totale e permanente

☐ copertura assicurativa per il caso di morte e rendita in caso di non autosufficienza (LTC)

Premio annuo ☐ 50€ ☐ 100€ ☐ 150€

Attenzione: in caso di sottoscrizione di una garanzia accessoria per la prima volta e in corso d'anno, occorre versare un rateo del premio e non l'intero premio annuo. Il suddetto rateo dovrà essere calcolato in dodicesimi di anno, in funzione dei mesi di copertura residua, dalle ore 00:00 del 1° giorno del mese successivo alla data di sottoscrizione alle ore 24:00 del 31 dicembre dello stesso anno solare.

Il premio di primo anno solare sarà da me versato tramite bonifico bancario.

In allegato al presente modulo si trasmette:

copia bonifico (Iban IT32E0358901600010570636662 Swift BKRAITMM intestato a "Allianz S.p.A. – Fondo Pensione Aperto Allianz Previdenza")

I premi delle annualità solari successive saranno pagati esclusivamente tramite addebito in conto (**modulo da allegare**)

☐ di **non attivare** le garanzie accessorie al Fondo Pensione in esso previste.

AVVERTENZA - ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Ai sensi della L.193/2023 per la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche, per la sottoscrizione della dichiarazione di buona salute **NON RILEVANO** e dunque **NON DEVONO ESSERE CONSIDERATE LE INFORMAZIONI** relative a patologie oncologiche dalle quali l'assicurando sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, o 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età. Per alcune patologie si applicano termini temporali ridotti:

Tipo Tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni, Uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

La presente tabella corrisponde all'Allegato 1 del Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 e può essere aggiornata, ove occorra, entro il 31 dicembre di ogni anno.

Pertanto, **SI RACCOMANDA** di considerare **SOLO** le eventuali patologie oncologiche per le quali il trattamento attivo **NON** si sia concluso, senza episodi di recidiva, da almeno 10 anni rispetto alla sottoscrizione della dichiarazione di buona salute. Tale termine è ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età. Per alcune patologie si applicano termini temporali ridotti come sopra riportati.

Dichiarazione di buona salute - da fornire solo nel caso in cui abbia optato per l'attivazione delle garanzie accessorie ed ai fini della validità della copertura dichiaro che:

- negli ultimi 8 anni non ho mai consultato medici, né sono stato invitato a consultarli se non per patologie minori (quali raffreddori, influenza ecc), né sono mai stato ricoverato in case di cura, sanatori, ospedali per malattie o disturbi o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, safenectomia, varicectomia degli arti inferiori, varicocele, fimosi, ernie addominali/inguinali, emorroidectomia, settoplastica nasale, correzione alluce valgo, meniscectomia, rottura/recisione legamenti o frattura degli arti, parto senza complicanze, estrazione dentale o chirurgia estetica;
- non sono affetto da obesità;
- non fumo o non ho mai fumato sigarette, sigarette elettroniche (escluse sigarette elettroniche di tipo IQOS), sigari, pipa o altro negli ultimi 12 mesi;
- non faccio uso/non ho mai fatto uso di sostanze stupefacenti e/o psicofarmaci;
- riesco a compiere le attività quotidiane, ricreative e sportive senza restrizioni e senza aiuto di altre persone o di sussidi per muoversi in casa, uscire, vestirsi o svestirsi;
- non godo di pensioni di invalidità e non ho una riduzione della capacità di lavoro;
- non ho una malattia mentale neurologica.

Luogo e data _____

Firma dell'Aderente _____

Solo nel caso in cui abbia optato per l'attivazione della copertura assicurativa, dichiaro:

- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, l'Allegato "Condizioni delle Prestazioni assicurative accessorie" del Regolamento per la parte statuyente le "Esclusioni" e la "Carenza".

Luogo e data _____

Firma dell'Aderente _____

Beneficiari in caso di decesso dell'aderente prima del pensionamento *

☐ % del capitale _____ Cognome e Nome o Ragione Sociale _____

C.F. _____ P. IVA _____ Sesso ☐ M ☐ F

Nato/a il ____/____/____ a _____ Prov _____ Stato _____

Residenza/Sede legale (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) _____ N. civico _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____ N. civico _____ CAP _____

Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Stato di residenza fiscale _____

(L'indicazione dello Stato di residenza fiscale ai sensi dell'art.2 e dell'art.73 del TUIR approvato con D.P.R. 917 del 22 dicembre 1986, vale quale autocertificazione della residenza ex art.46 del D.P.R. del 28 dicembre 2000. In caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi di cui al relativo art.76 è prevista l'applicazione di eventuali sanzioni penali)

E-mail (facoltativo) _____ Tel (facoltativo) _____ Cell (facoltativo) _____

☐ % del capitale _____ Cognome e Nome o Ragione Sociale _____

C.F. _____ P. IVA _____ Sesso ☐ M ☐ F

Nato/a il ____/____/____ a _____ Prov _____ Stato _____

Residenza/Sede legale (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) _____ N. civico _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____ N. civico _____ CAP _____

Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Stato di residenza fiscale _____

(L'indicazione dello Stato di residenza fiscale ai sensi dell'art.2 e dell'art.73 del TUIR approvato con D.P.R. 917 del 22 dicembre 1986, vale quale autocertificazione della residenza ex art.46 del D.P.R. del 28 dicembre 2000. In caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi di cui al relativo art.76 è prevista l'applicazione di eventuali sanzioni penali)

E-mail (facoltativo) _____ Tel (facoltativo) _____ Cell (facoltativo) _____

☐ % del capitale _____ Cognome e Nome o Ragione Sociale _____

C.F. _____ P. IVA _____ Sesso ☐ M ☐ F

Nato/a il ____/____/____ a _____ Prov _____ Stato _____

Residenza/Sede legale (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) _____ N. civico _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____ N. civico _____ CAP _____

Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Stato di residenza fiscale _____

(L'indicazione dello Stato di residenza fiscale ai sensi dell'art.2 e dell'art.73 del TUIR approvato con D.P.R. 917 del 22 dicembre 1986, vale quale autocertificazione della residenza ex art.46 del D.P.R. del 28 dicembre 2000. In caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi di cui al relativo art.76 è prevista l'applicazione di eventuali sanzioni penali)

E-mail (facoltativo) _____ Tel (facoltativo) _____ Cell (facoltativo) _____

☐ eredi legittimi in parti uguali ** ☐ eredi testamentari in parti uguali o in mancanza di testamento, eredi legittimi in parti uguali

L'Aderente ha espresso la volontà di designare i beneficiari in modo generico, **pur essendo stato informato che la Società potrà incontrare, al suo decesso, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari**

* **NOTA BENE:** in caso di beneficiario persona giuridica si prega di fornire le ulteriori informazioni compilando l'apposito modulo antiriciclaggio Adeguata verifica di Soggetto Persona Giuridica che dovrà essere allegato alla presente richiesta (scaricabile dal sito www.allianz.it "Servizi al cliente > Informazioni utili > Liquidazione polizze vita")

** Scelta obbligatoria in caso di Aderente minorenne.

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto la parte I 'Le Informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e l'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità', entrambi disponibili sul sito www.allianz.it;
- di essere informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il Regolamento del fondo e ogni altra documentazione attinente il fondo pensione, comunque disponibile sul sito www.allianz.it;
- di aver preso visione e sottoscritto su ogni pagina 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 ha richiamato l'attenzione:
 - a) sulle informazioni contenute nella parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e nell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';
 - b) con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico dei costi (ISC) riportato nella parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente', Scheda 'I costi' della Nota informativa;
 - c) 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 vuole conseguire;
 - d) circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.allianz.it;
 - e) circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso aderisca alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento.
- di aver sottoscritto, se previsto, il 'Questionario di Autovalutazione';
- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro sei mesi dall'adesione e che, in caso di inadempimento, la Società ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, comunicando all'aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che lo stesso non provveda a effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della comunicazione della Società;
- di essere a conoscenza che, qualora nel corso della partecipazione al fondo l'aderente interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione individuale a seguito dell'applicazione delle spese annuali di gestione amministrativa, la Società ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, comunicando all'aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che l'aderente non provveda ad effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della comunicazione della Società;
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti, e si impegna a comunicare ogni successiva variazione;
- di consegnare agli eventuali soggetti diversi dall'aderente, titolari dei codici fiscali sopra indicati, l'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza nell'allegato a questo modulo.

Luogo e data _____

Firma dell'Aderente _____

I soggetti interessati al trattamento dei propri dati personali da parte della Società, preso atto dell'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza - riportata in calce al presente documento - consapevoli che i dati personali oggetto di trattamento richiesti dalla Società prima della conclusione del contratto, come pure quelli che potranno essere richiesti in corso di contratto, sono essenziali ai fini della conclusione, gestione ed esecuzione del contratto stesso, acconsentono al trattamento dei propri dati per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti indicati nell'informativa suddetta.

Luogo e data _____

Firma dell'Aderente _____

Spazio riservato al Soggetto incaricato della raccolta delle adesioni:

☐ Agenzia Allianz ☐ Allianz Bank Financial Advisors

☐ Broker

☐ Direzione

Codice Agenzia/PF per conto di Agenzia/Broker _____

Codice Promotore _____

Cognome e Nome _____

Tel/cell _____

e-mail _____

Opzione (valida solo per il contributo previdenziale):

☐ 200

☐ 100

☐ Flat

Firma del Soggetto incaricato _____

(Visto per regolarità, autenticità ed identificazione dell'Aderente)

Questionario di Autovalutazione (da compilare solamente se maggiorenni)

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

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

1. Conoscenza dei fondi pensione
 - ☐ ne so poco
 - ☐ sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare 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 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 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.

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

Punteggio ottenuto

Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta 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
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 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 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.

Luogo e data _____

Firma Aderente _____

IN ALTERNATIVA

L'aderente, nell'attestare che il Questionario **non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte**, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione 'CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Luogo e data _____

Firma Aderente _____

Spazio riservato al soggetto incaricato della raccolta delle adesioni

☐ Nessuna osservazione

☐ Altro _____

Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza – ed. 28/03/2024

La normativa vigente, definita in relazione al Regolamento Ue 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (regolamento generale sulla protezione dei dati) garantisce che il trattamento personale dei dati si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali assicurando che i dati siano trattati in modo lecito e secondo correttezza.

Nel rispetto di questo quadro normativo, Le chiediamo di fornirci i Suoi dati per poter erogare i servizi assicurativi e soddisfare le richieste che pervengono dagli interessati, in particolare per poter procedere all'attività di liquidazione dei sinistri. A tal fine le precisiamo che la nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano come precisato nel presente documento.

1. Titolare del Trattamento e informazioni di contatto

I dati forniti sono trattati da:

- Allianz S.p.A., Compagnia di Assicurazioni, che ha istituito e gestisce il Fondo Pensione ALLIANZ PREVIDENZA, che provvede, tramite la rete agenziale delle proprie Divisioni, alla raccolta delle adesioni;
- Allianz Bank Financial Advisors S.p.A., Banca che provvede attraverso la propria rete di promotori finanziari, alla raccolta delle adesioni al Fondo;
- Societe Generale Securities Services S.p.A., Banca depositaria del Patrimonio del Fondo.

Per la raccolta delle adesioni e la gestione del Fondo Pensione ALLIANZ PREVIDENZA, il titolare del trattamento dei dati è Allianz S.p.A., con sede in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, che definisce modalità e finalità del trattamento dei Suoi dati personali.

La presente informativa riguarda pertanto anche l'attività ed il trattamento dei dati svolti dai soggetti citati nel presente documento, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile agevolmente e gratuitamente chiedendolo a:

- Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, numero verde 800686868 oppure accedendo al sito web di Allianz nella sezione "Pronto Allianz Online"

ove sono disponibili anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Per Sua comodità, Le indichiamo altresì che il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Allianz S.p.A., Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano oppure scrivendo all'indirizzo e-mail dpo.allianz@allianz.it.

2. Categorie di dati raccolti

La nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che riguardano Lei e/o i Suoi familiari. Tali dati potranno essere anche quelli appartenenti a categorie particolari solo in quanto siano strumentali alla gestione del rapporto assicurativo e all'adempimento di prestazioni ad esso strumentali o connesse.

Le categorie di dati che potremo trattare sono le seguenti:

- dati personali;
- dati sensibili (quali, a titolo esemplificativo, i dati relativi alla salute) per visite mediche, per la sottoscrizione polizze vita e liquidazione sinistri e per i quali si richiede un ESPRESSO CONSENSO al trattamento;**
- dati giudiziari;
- digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).

3. Finalità del trattamento

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti sono utilizzati dalla nostra società, da società del Gruppo Allianz SE e da terzi, a cui essi verranno comunicati, al fine di consentire alla società – anche per conto di altre società del Gruppo Allianz SE – di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornirLe il prodotto assicurativo**, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, nonché dare esecuzione a servizi connessi, accessori e strumentali all'erogazione della prestazione assicurativa (come nel caso di perizie mediche per la liquidazione di sinistri);
- gestire eventi quali quelli che danno diritto al riscatto o all'anticipazione della propria posizione individuale;
- raccogliere le adesioni e gestire il Fondo Pensione;
- limitatamente ad alcuni dati anche eventualmente comunicati ad Allianz da terzi, **adempiere alla normativa** vigente in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di **riciclaggio** dei proventi di attività criminose e di finanziamento al **terrorismo**;
- i Suoi dati personali, anche sensibili e giudiziari, saranno trattati e potranno essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE per finalità di antifrode. I Suoi dati potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità del servizio.

3.a) Finalità promo commerciale

Inoltre, qualora acconsenta, i dati che ci invierà o da noi detenuti – ad esclusione di quelli sensibili – saranno utilizzati dalle suddette Società al fine di svolgere attività promozionale di prodotti e servizi.

3.b) Base Giuridica del trattamento

La base giuridica dei trattamenti dei dati è rappresentata dal fatto che il trattamento è necessario all'esecuzione di misure precontrattuali, in vista della possibile instaurazione, o dell'avvenuta instaurazione, del rapporto assicurativo, adottate su richiesta dell'Interessato stesso.

In aggiunta, per i dati appartenenti alla categoria dei dati particolari (esempio, i dati sanitari), la base giuridica dei trattamenti indicati è dunque rappresentata dal fatto che l'Interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali.

Per il trattamento dei dati personali comuni per finalità promo-commerciali la base giuridica è il consenso dell'interessato.

3.c) Consenso facoltativo e obbligatorio, facoltà di rifiuto e conseguenze

Premesso che il **consenso** al trattamento dei Suoi dati è **facoltativo**, preme preciserLe che, in caso di Suo rifiuto, Allianz si vedrà costretta a non poter procedere all'esecuzione del servizio assicurativo a meno che non risulti in modo inequivocabile che i dati sono stati da lei forniti per l'esecuzione della prestazione assicurativa e adottate su richiesta dell'interessato stesso.

Le chiediamo, quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi da Lei richiesti, in particolare del servizio di liquidazione dei danni che La riguardano.

Per i servizi e prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili" e/o giudiziari, strettamente strumentali all'erogazione degli stessi.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per quanto concerne le **finalità promo commerciali**, Le precisiamo che il consenso è del tutto **facoltativo** ed il Vostro eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la Vostra adesione al Fondo Pensione.

4. Modalità d'uso dei dati

I Suoi dati personali sono trattati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi, in particolare il servizio di liquidazione sinistri e le informazioni da Lei richieste e, qualora vi acconsenta, anche mediante l'uso della **posta cartacea**, di chiamate tramite **operatore**, del **fax**, del **telefono** anche cellulare, della posta elettronica, degli **SMS**, tablet, smartphone, o di altre tecniche di comunicazione a distanza, di strumenti telematici, automatizzati, ed informatici. Utilizziamo le medesime modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia e all'estero.

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

5. Destinatari dei suoi dati personali. Chi potrà accedere ai suoi dati

- Per taluni servizi, utilizziamo **soggetti di nostra fiducia** che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa ed il trattamento dei dati da parte loro è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del servizio assicurativo finalizzato alla liquidazione dei sinistri e per la ridistribuzione del rischio. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono **nostri diretti collaboratori** e svolgono la funzione del "responsabile" o sono soggetti autorizzati al trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.
- Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte dei Gruppi di appartenenza delle Società titolari (per Allianz S.p.A. il **Gruppo Allianz SE**) o della catena distributiva quali **intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione**, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici; centrali operative di assistenza, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di servizi per il controllo delle frodi, soggetti terzi specializzati nelle attività di informazione e promozione commerciale.

- c. In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo, infine, che, quali responsabili o soggetti incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei dati anche i nostri dipendenti e collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute. così pure i Suoi dati devono da noi essere comunicati, per obbligo di legge, a enti e organismi pubblici, quali Ivass, Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine.
- d. La informiamo inoltre che i Suoi dati personali non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni da Lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa anticirrigaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del nostro Gruppo, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo.
- Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

5.a) Possibili ulteriori destinatari dei suoi dati

Per le finalità descritte nel precedente paragrafo 3, inoltre, i dati personali potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come **autonomi titolari**: soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

6. Trasferimento all'estero dei suoi dati

I Suoi dati potrebbero essere trasferiti ad un paese terzo europeo/extraeuropeo esclusivamente per le finalità connesse a quelle di cui alle lett. a) e b) del capitolo 1. (Finalità del trattamento), secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet di Allianz. Nel caso in cui le suddette BCR non trovassero applicazione, attueremo tutte le misure di sicurezza previste dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi) per assicurare una adeguata protezione per il trasferimento dei Suoi dati.

Nel caso in cui Lei voglia ottenerne una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione, può scrivere a: Allianz S.p.A. – Servizio Clienti, Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, oppure accedendo al sito www.allianz.it utilizzando il modello appositamente predisposto.

In ogni caso, qualora i Suoi dati dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, Allianz garantisce che il destinatario dei dati personali assicura un adeguato livello di protezione, in particolare, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che sono state approvate dalla Commissione Europea.

Allianz non trasferirà in alcun caso i Suoi dati personali a soggetti non autorizzati al trattamento dei dati personali stessi.

7. I suoi diritti nello specifico

Si precisa che ogni interessato ha diritto di scrivere al Titolare del trattamento per chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento e per esercitare (per i trattamenti effettuati dopo 25 maggio 2018) il diritto alla portabilità dei dati. Inoltre, ogni interessato ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nelle forme, nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. L'interessato ha inoltre il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il proprio consenso esplicito, ove fornito, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Qui di seguito riportiamo l'elenco specifico dei suoi diritti in relazione al trattamento dei suoi dati.

Lei potrà:

1. accedere ai Suoi dati e conoscere la provenienza, le finalità e il periodo di conservazione, i dettagli del/dei Titolari del Trattamento e i soggetti ai quali sono stati comunicati;
2. revocare il Suo consenso in ogni momento;
3. aggiornare o correggere i Suoi dati personali in ogni momento;
4. chiedere la cancellazione dei Suoi dati dai nostri sistemi (ivi compreso il diritto all'oblio, ove ne ricorrano i presupposti) se lo scopo del loro trattamento è venuto meno;
5. per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018 restringere il campo di trattamento dei Suoi dati (limitazione) in determinate circostanze: per es. qualora venga contestata la correttezza dei dati trattati;
6. conoscere dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, e informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato;
7. ottenere copia dei Suoi dati personali in formato elettronico e, per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati;
8. conoscere se i dati sono trasferiti a un paese terzo, informazione dell'esistenza di garanzie adeguate ai sensi della norma di riferimento;
9. contattare il DPO ovvero il Garante della Privacy.

7.a) Diritto alla cancellazione e all'oblio, rettifica e portabilità dei dati

In ogni momento, Lei potrà anche richiedere il diritto di far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare i Suoi dati ovvero chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento nonché richiedere la loro portabilità ad un altro soggetto.

La eventuale richiesta di cancellazione non pregiudicherà la liceità del trattamento dei dati avvenuta durante il periodo per il quale era stato manifestato il relativo consenso.

Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi a

- Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti, Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, numero verde 800686868, oppure accedendo al sito www.allianz.it utilizzando il modello appositamente predisposto.

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo ovvero finché sussiste la finalità per la quale sono trattati secondo criteri improntati al rispetto delle norme vigenti ed alla correttezza ed al bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato. Conseguentemente, in assenza di norme specifiche che prevedano tempi di conservazioni differenti, Allianz avrà cura di utilizzare i dati per le suddette finalità per un tempo congruo rispetto all'interesse manifestato dalla persona cui si riferiscono i dati. I dati saranno perciò conservati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria. Si procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.

8.a) Diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo

Lei ha anche il diritto di proporre reclamo dinanzi al Garante della Privacy, secondo le modalità indicate sul sito web www.garanteprivacy.it.

9. Consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico

Per la trasmissione della documentazione di polizza nella fase precontrattuale e in corso di rapporto, Allianz Le propone l'utilizzo del formato elettronico. La informiamo che:

- prestando il suo consenso lei acconsente a ricevere la documentazione precontrattuale, contrattuale e in corso di rapporto in formato elettronico, all'indirizzo email indicato in anagrafica anche con riferimento ai contratti già in corso;
- Lei potrà revocare il consenso già espresso in qualsiasi momento con le medesime modalità.

RACCOLTA DEI CONSENSI PER PROMOZIONI COMMERCIALI

L'interessato presta il consenso per il trattamento dei propri dati personali comuni per l'invio di comunicazioni commerciali relative a prodotti e/o servizi di
ALLIANZ SpA sì ☐ no ☐

L'interessato presta il consenso per il trattamento dei propri dati personali comuni per l'invio di comunicazioni commerciali relative a prodotti e/o servizi di
ALLIANZ BANK FA sì ☐ no ☐

Luogo e data _____

Firma dell'Interessato _____

Altre informazioni

Con la sottoscrizione del presente modulo l'Aderente accetta di partecipare, secondo le modalità prescelte, a "ALLIANZ PREVIDENZA".

L'Aderente prende atto che non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle elencate e che le rimesse interbancarie dirette (SDD) si intendono salvo buon fine.

Per le rimesse interbancarie la data di addebito sul conto dell'Aderente è fissata al 15 di ogni mese o, se festivo, al giorno lavorativo immediatamente successivo.

L'Aderente prende atto inoltre che per l'investimento devono realizzarsi contemporaneamente le seguenti condizioni:

- a) il Fondo è entrato in possesso del mezzo di pagamento utilizzato ed è maturata la valuta sullo stesso mezzo;
- b) il Fondo ha avuto notizia certa del versamento ed è entrato in possesso della documentazione corretta e completa relativa all'adesione.

L'adesione al Fondo decorre dalla data di ricezione del presente modulo da parte del Fondo.

Per le adesioni al Fondo raccolte presso la sede legale o le dipendenze dell'emittente, del proponente l'investimento o del soggetto incaricato della raccolta delle adesioni, il presente modulo si considera ricevuto dal Fondo nel momento stesso in cui l'Aderente sottoscrive il modulo stesso.

La raccolta delle adesioni al Fondo può essere effettuata anche al di fuori della sede legale o dalle dipendenze dell'emittente, del proponente l'investimento o del soggetto incaricato della raccolta delle adesioni.

L'efficacia dei contratti conclusi fuori sede è sospesa per la durata di 7 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione da parte dell'Aderente del presente modulo. Entro detto termine l'Aderente può comunicare al soggetto incaricato della raccolta delle adesioni il proprio recesso senza spese né corrispettivo. Pertanto, la regolazione dei corrispettivi interverrà decorsi 7 giorni dalla data di sottoscrizione, indipendentemente dalla valuta riconosciuta da Allianz S.p.A..

Il diritto di recesso non si applica ai versamenti successivi e al trasferimento tra linee, a condizione che tali operazioni vengano realizzate nel rispetto delle modalità descritte nel presente modulo.

LEGENDA

Tipo documento

01 - Carta di identità 02 - Patente di guida 03 - Passaporto 04 - Porto d'armi