

**Adesione n.**

## VERA VITA PENSIONE SICURA

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO – FONDO PENSIONE

Modulo di adesione a VERA VITA PENSIONE SICURA - PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO  
Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n. 5088

**Aderente:**

**Ente:**

**Filiale:**

**Collocatore:**

INFORMAZIONI PER L'ADERENTE

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avvertenza         | <p>L'adesione a VERA VITA PENSIONE SICURA - PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Parte I "Informazioni chiave per l'aderente" della Nota Informativa e dell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità".</p> <p>La Nota informativa, il Regolamento e le Condizioni generali di contratto sono disponibili sul sito internet <a href="http://www.veravitaassicurazioni.it">www.veravitaassicurazioni.it</a>. Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Mezzi di pagamento | <p>Le somme destinate ad alimentare il PIP, ad esclusione dei trasferimenti da altre forme pensionistiche complementari e dei flussi contributivi derivanti dal datore di lavoro, devono affluire al medesimo tramite il competente Soggetto Abilitato, mediante disposizione di pagamento a favore della Compagnia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• con addebito sul conto intestato/cointestato all'Aderente (ovvero al suo Rappresentante legale) ed intrattenuto presso il suddetto Soggetto Abilitato,</li></ul> <p>oppure, ove detto Soggetto Abilitato sia Banca Aletti &amp; C. S.p.A.,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• con addebito su conto intestato/cointestato all'Aderente (ovvero al suo Rappresentante legale) ed intrattenuto presso il Soggetto Abilitato stesso o presso altro istituto di credito appartenente al medesimo Gruppo Bancario di appartenenza del Soggetto Abilitato.</li></ul> <p>La relativa scrittura di addebito costituisce la prova dell'avvenuto versamento delle somme affluite al PIP e la data di versamento di dette somme coincide con la data di valuta del relativo accredito riconosciuta dalla Compagnia.</p> <p>In caso di trasferimenti da altre forme pensionistiche complementari, di flussi contributivi derivanti dal datore di lavoro ovvero di estinzione del rapporto relativo al suddetto conto, le somme destinate ad alimentare il PIP devono affluire tramite bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) a favore di Vera Vita S.p.A., sul conto corrente IBAN IT24L0503410100000000022101 indicando nella causale cognome e nome dell'Aderente ed il numero del contratto.</p> <p>E' comunque fatto divieto al Soggetto Abilitato di ricevere denaro contante a titolo di contribuzione al PIP.</p> |
| Adesione al PIP    | <p>Per aderire è necessario compilare in ogni sua parte e sottoscrivere il modulo di adesione.</p> <p>Il contratto è concluso nel momento in cui l'Aderente firma il modulo di adesione, sottoscritto in ogni sua parte. La conclusione del contratto coincide con la data di adesione.</p> <p>È possibile aderire al PIP anche trasferendo la posizione dell'Aderente da altra forma pensionistica complementare. Il trasferimento sarà effettivo quando la Compagnia riceverà dalla forma pensionistica complementare di provenienza le necessarie informazioni e l'importo oggetto del trasferimento.</p> <p>La Compagnia invia la lettera di conferma in cui l'Aderente potrà verificare l'avvenuta adesione al piano individuale pensionistico.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Diritto di recesso | <p>L'Aderente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla conclusione del contratto.</p> <p>Il recesso avviene tramite comunicazione scritta, debitamente firmata dall'Aderente medesimo, inviata per il tramite del competente Soggetto Abilitato o a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata alla Sede Legale della Compagnia in via Massaua, 6 – 20146 Milano.</p> <p>Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno in cui la Compagnia riceve la anzidetta comunicazione.</p> <p>Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del Recesso la Compagnia rimborsa all'Aderente le somme da questi eventualmente corrisposte.</p> <p>La Compagnia ha diritto di trattenere a titolo di rimborso per le spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, la somma di 25,00 euro.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

**DATI GENERALI DI ADESIONE**

|                 |                                                                                                                                                                 |                                                                                            |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Aderente</b> | Cognome Nome:<br>Data di nascita:<br>Sesso:<br>Residenza:<br>Domicilio:<br>Titolo di studio:<br>E-mail:<br>Data prima iscrizione alla previdenza complementare: | Codice Fiscale:<br>Età:<br>Luogo di nascita:<br><br>Condizione professionale:<br>Telefono: |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

**Anzianità  
contributiva  
maturata  
dall'Aderente nel  
regime  
obbligatorio**

|                                                                                   |                                                                           |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Soggetto che<br/>effettua il<br/>versamento a<br/>favore<br/>dell'Aderente</b> | Cognome Nome:<br>Data di nascita/constituzione:<br>Residenza/Sede legale: | Codice Fiscale/Partita IVA: |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

|                                                 |                                                                          |                                              |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Legale<br/>Rappresentante<br/>o Delegato</b> | Cognome Nome:<br>Data di nascita:<br>Residenza:<br>Domicilio:<br>E-mail: | Codice Fiscale/Partita IVA:<br><br>Telefono: |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

|                         |                                            |                               |
|-------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Datore di lavoro</b> | Codice fiscale:<br>Sede legale:<br>E-mail: | Partita IVA:<br><br>Telefono: |
|-------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|

**Forma assicurativa, Prestazioni, Efficacia del contratto**

Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Fondo Pensione

Prestazione principale  
Le prestazioni pensionistiche sono determinate in base alla ripartizione del contributo come di seguito indicato.  
*Si consiglia di effettuare la scelta dell'opzione di investimento dopo aver compilato il **Questionario di autovalutazione** riportato più avanti.*

| Denominazione delle linee di investimento | Categoria             | Percentuale investita del contributo |
|-------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| POPOLARE VITA BILANCIATO GLOBAL           | Bilanciato            |                                      |
| POPOLARE VITA VALUE                       | Azionario             |                                      |
| POPOLARE VITA PRUDENTE                    | Obbligazionario misto |                                      |
| POPOLARE VITA PREVIDENZA                  | Garantito             |                                      |

Per lo sviluppo delle prestazioni si rimanda al paragrafo "Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione", nella Scheda "Presentazione" della Parte I "Informazioni chiave per l'aderente" della Nota Informativa

Data di adesione:  
Data di decorrenza della prestazione principale: *indicata nella lettera di conferma inviata dalla Compagnia*  
Durata prestazione principale: *a vita intera (coincide con la vita dell'Aderente)*  
Scadenza prestazione principale: *non prevista*

**Beneficiari**     Prestazione principale  
In caso di decesso dell'Aderente:  
  
In caso di prestazione previdenziale:

**Premio**     Contributo totale: €  
Rateazione prescelta: €  
Importo di rata: €  
Importo annuale: €  
  
di cui:  
Prestazione principale  
Contributo: €  
Importo di rata: €  
Importo annuale: €  
  
Contributo del TFR corrisposto dal datore di lavoro:  
Contributi versati dal datore di lavoro ai quali il lavoratore abbia diritto:  
■ a carico del Datore di lavoro:  
■ a carico dell'Aderente:

**Questionario per la valutazione della coerenza del contratto**

*Gentile cliente, la compilazione del presente questionario è mirata ad acquisire le informazioni necessarie al fine di proporLe un contratto coerente con le Sue esigenze assicurative. Le chiediamo pertanto la Sua collaborazione per aiutarci a offrirLe le garanzie assicurative maggiormente rispondenti alle Sue esigenze.*

*La mancanza di tali informazioni ostacola la corretta valutazione del fabbisogno assicurativo.*

**A. Informazioni sullo stato occupazionale**

**A1 Qual è attualmente il suo stato occupazionale?**

**B. Informazioni sulle persone da tutelare**

**B1 Lei ha eventuali soggetti da tutelare (familiari a carico o altri soggetti)?**

**C. Informazioni sull'attuale situazione assicurativa**

**C1 Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?**

**D. Informazioni sulla situazione finanziaria**

**D1 Qual è la Sua capacità di risparmio medio annuo?**

**D2 Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le Sue aspettative sulla crescita futura dei suoi redditi personali?**

**E. Informazioni sulle aspettative in relazione al contratto**

**E1 Quali sono gli obiettivi assicurativo-previdenziali che intende perseguire con il contratto?**

**E2 Qual è l'orizzonte temporale che si prefigge per la realizzazione degli obiettivi?**

**E3 Qual è la sua propensione al rischio, e conseguentemente le sue aspettative di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto?**

**E4 Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo-previdenziali attraverso:**

**E5 Qual è la probabilità di aver bisogno dei suoi risparmi nei primi anni di contratto?**

L'Aderente/ Il Legale Rappresentante

Firma leggibile

## INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016)

Gentile Cliente, desideriamo informarLa che la Compagnia Vera Vita S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, (di seguito la "Compagnia" o il "Titolare") – con sede legale in Via Massaua n. 6, 20146 Milano- per l'instaurazione e l'esecuzione del rapporto assicurativo dovrà raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano. Nel rispetto della vigente normativa, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 (di seguito "GDPR" o "Regolamento"), Le rilasciamo pertanto le seguenti informazioni:

### 1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è Vera Vita S.p.A., Via Massaua, 6 - 20146 Milano.

### 2. NATURA E FONTE DEI DATI TRATTATI

I Suoi dati personali (anagrafici, fiscali, di natura economica, eventualmente anche relativi alla Sua salute, biometrici, genetici, giudiziari) comunicati direttamente da Lei o reperiti dalla Compagnia da fonti pubbliche, siti web o da soggetti terzi, quali società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali, nonché gli eventuali dati personali riferiti a soggetti terzi da Lei comunicati (di seguito anche i "Dati Personali") saranno raccolti e trattati dalla Compagnia nella misura necessaria ed esatta per le finalità di seguito riportate.

Nel caso in cui Lei comunichi alla Compagnia Dati Personali riferiti a soggetti terzi (come, ad esempio, nel caso di Beneficiari indicati in forma nominativa o di indicazione di un Referente Terzo) sarà Sua cura consegnare copia della presente informativa a tali soggetti.

La Compagnia non tratta dati che non siano strettamente necessari alle finalità di cui sotto.

### 3. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

#### A. FINALITÀ CONNESSE ALLA PRESTAZIONE DEI SERVIZI ASSICURATIVI E STRUMENTALI E ALLA PROPOSIZIONE, GESTIONE ED ESECUZIONE DEL RAPPORTO ASSICURATIVO/CONTRATTUALE (c.d. FINALITÀ ASSICURATIVA)

Il conferimento del consenso al trattamento dei Dati Personali necessari per prestare i servizi richiesti ed eseguire i contratti (ivi compresi gli atti in fase precontrattuale) non è obbligatorio, ma il rifiuto a fornire tale consenso comporta l'impossibilità per la Compagnia di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo, nonché i servizi e/o i prodotti oggetto del contratto. A titolo esemplificativo, rientra in tale tipologia il trattamento di Dati Personali effettuato per:

- attività preliminari (quali la stesura di preventivi);
- stipula di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti, raccolta dei premi, gestione del rapporto assicurativo;
- liquidazione dei sinistri, il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni;
- attività statistico-tariffarie;
- la rassicurazione, la coassicurazione o l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali.

**Base giuridica:** Esecuzione del contratto assicurativo

#### B. FINALITÀ PER ADEMPIMENTO A PRESCRIZIONI NORMATIVE NAZIONALI E COMUNITARIE

Il trattamento dei Suoi Dati Personali per adempiere a prescrizioni normative è obbligatorio e non è richiesto il Suo consenso.

Il trattamento è obbligatorio, ad esempio, quando è prescritto dalla normativa antiriciclaggio, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi o per adempiere a disposizioni o richieste dell'autorità di vigilanza e controllo (quali ad esempio la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea n. 2016/97 sulla distribuzione assicurativa).

**Base giuridica:** Rispetto di obblighi di legge

#### C. FINALITÀ PER LEGITTIMO INTERESSE DEL TITOLARE

Il trattamento dei Dati Personali è necessario per perseguire un legittimo interesse della Compagnia, ossia:

- per svolgere l'attività di prevenzione delle frodi assicurative;
- per svolgere attività di difesa dei diritti del Titolare in sede giudiziaria e stragiudiziaria.
- per la gestione del rischio assicurativo a seguito della stipula di un contratto di assicurazione (a mero titolo esemplificativo la gestione dei rapporti con i coassicuratori e/o riassicuratori, nonché con altri soggetti appartenenti alla

catena assicurativa per la gestione del rischio assicurativo);

- per svolgere attività di tariffazione e sviluppo di nuovi prodotti;

- per perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi. In quest'ultimo caso la Compagnia potrà trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali e non è richiesto il Suo consenso.

**Base giuridica:** Esercizio di Interesse legittimo da parte del Titolare del trattamento dati

#### **D. FINALITÀ CONNESSE AD ATTIVITÀ PROMOZIONALI E/O DI MARKETING E RILEVAMENTO DELLA QUALITÀ DEL SERVIZIO**

La Compagnia può chiedere il consenso libero, specifico, informato ed inequivocabile al trattamento dei Suoi dati personali per svolgere attività di marketing e di profilazione relative ai prodotti e servizi assicurativi del Gruppo Banco BPM Vita S.p.A o al fine di conoscere il gradimento (c.d. customer satisfaction) in ordine alla qualità dei servizi offerti, rilevare i Suoi fabbisogni assicurativi e tenerla aggiornata sulle nuove proposte commerciali e/o attività promozionali promosse dalla Compagnia o da società del gruppo di appartenenza della stessa, tramite modalità prevalentemente automatizzate (questionari, posta ordinaria, telefono, messaggi del tipo sms o di altro tipo). Tali finalità sono connesse, ma non indispensabili, alle finalità di cui alla lettera A della presente informativa. Il consenso ai trattamenti in questione è facoltativo e il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la possibilità di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo. Il Suo esplicito consenso potrà in ogni momento essere liberamente revocato scrivendo all'indirizzo e-mail: [privacy@bancobpmvita.it](mailto:privacy@bancobpmvita.it) oppure inviando una comunicazione a mezzo posta ordinaria a Vera Vita S.p.A., Via Massaua, 6 – 20146 Milano.

**Base giuridica:** Consenso per le finalità di marketing e di profilatura della clientela. Effettuare attività per rilevare il grado di soddisfazione della clientela.

#### **4. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I Dati Personali saranno trattati secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza secondo logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate al conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa, attraverso idonee modalità e procedure che comportano anche l'utilizzo di strumenti informatici e telematici o comunque automatizzati nonché con l'impiego di algoritmi dedicati.

All'interno della Compagnia i dati saranno trattati da personale dipendente e/o collaboratore appositamente designato e formato, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute, così da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche, informatiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

Per talune attività la Compagnia potrà avvalersi di soggetti terzi che, svolgeranno compiti di natura tecnica e organizzativa e tratteranno i dati in veste di titolari autonomi, responsabili o contitolari del trattamento, sempre secondo le istruzioni impartite e nel rispetto delle misure di sicurezza previste.

I Suoi dati saranno conservati per un periodo di tempo di 10 anni decorrenti dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o di liquidazione definitiva del sinistro compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali. La Compagnia in ogni caso provvederà alla conservazione per il tempo strettamente necessario dei dati da Lei forniti nel caso di richiesta di preventivo cui non sia seguita la conclusione del contratto di assicurazione definitivo. I Dati potranno, altresì, esser trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

#### **5. COMUNICAZIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI**

I Dati Personali potranno essere comunicati, per quanto di loro rispettiva e specifica competenza a soggetti terzi pubblici o privati, appartenenti al settore assicurativo o ad esso correlati che concorrono nella costituzione della c.d. "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori, coassicuratori, intermediari di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione, banche, SIM, SGR, legali, periti e medici). L'elenco completo e aggiornato dei soggetti costituenti la c.d. "catena assicurativa" potrà essere da Lei richiesto contattando il Responsabile della Protezione dei Dati, ai recapiti indicati al punto 7 della presente informativa. I Dati Personali, inoltre, potranno essere comunicati per finalità amministrative e contabili a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c.

#### **6. TRASFERIMENTO DEI DATI A PAESI EXTRA UE**

Nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti,

Le comunichiamo che i Suoi dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi membri dell'Unione Europea. Per le finalità sopra descritte, i Suoi dati potrebbero essere comunicati e trasferiti anche a destinatari che operano fuori dallo Spazio Economico Europeo. In ogni caso, il Titolare assicura sin d'ora che l'eventuale trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea che l'eventuale comunicazione dei Suoi dati personali a Destinatari fuori dallo Spazio Economico Europeo avverrà nel rispetto di quanto previsto dagli artt. 44 - 49 del GDPR.

La gestione e la conservazione dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, avviene su archivi cartacei e su server del Titolare e/o di società terze nominate dallo stesso quali Responsabili esterni del trattamento.

I server sui quali sono archiviati i Dati di cui sopra sono ubicati in Italia e all'interno dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione degli archivi e dei server dall'Italia e/o dall'Unione Europea in Paesi extra-UE.

## **7. DIRITTI DELL'INTERESSATO, MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI E RECLAMO AL GARANTE PRIVACY**

**In qualsiasi momento, avrà il diritto di chiedere:**

- la conferma dell'esistenza o meno di un trattamento di dati personali che La riguardano e la loro natura;
- l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati in caso di inesattezza;
- in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, la logica applicata al trattamento;
- la cancellazione ("diritto all'oblio"), la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati;
- la portabilità dei dati trattati, ossia ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile i dati personali forniti.

Sarà Suo diritto, inoltre, revocare in qualsiasi momento il conferimento del consenso al trattamento dei Suoi dati, nel rispetto degli obblighi di legge e secondo le modalità previste dal GDPR.

Fermo restando il diritto a esporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, per esercitare i Suoi diritti e richiedere maggiori informazioni in ordine al trattamento dei Suoi dati personali, ai soggetti e alle categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati nonché ai Responsabili del trattamento, potrà contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente recapito: Vera Vita S.p.A. - Responsabile della Protezione dei Dati, Via Massaua, 6 – 20146 Milano – e-mail: [privacy@bancobpmvita.it](mailto:privacy@bancobpmvita.it)

Il termine per la risposta all'Interessato è di 30 (trenta) giorni, prorogabile di altri due mesi in casi di particolare complessità; in questi casi, il Titolare fornisce almeno una comunicazione interlocutoria all'interessato entro il termine di 30 (trenta) giorni.

## **Il Titolare**



## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'aderente dichiara di aver ricevuto l'Informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 e di prendere atto che il trattamento dei dati personali, anche "particolari", propri o di terzi, conferiti in sede di stipula del presente contratto è obbligatorio per l'adempimento degli obblighi precontrattuali e contrattuali.

Con riferimento alle ulteriori finalità di cui all'Informativa sopracitata ed in particolare per le attività di marketing/rilevamento della qualità dei servizi offerti, per le attività di profilazione, per l'invio di comunicazioni commerciali e per lo svolgimento di iniziative promozionali relative a prodotti e/o servizi assicurativi offerti da Vera Vita S.p.A. o da società appartenenti al Gruppo assicurativo Banco BPM Vita

ACCONSENTE ☐

NON ACCONSENTE ☐

al trattamento dei propri dati personali, ivi compresi l'indirizzo di posta elettronica ed il numero di telefono cellulare.

\_\_\_\_\_  
L'Aderente

DICHIARAZIONE DELL'ADERENTE SULLO STATO DI SALUTE

**AVVERTENZE:** Prima di sottoscrivere la dichiarazione si raccomanda di leggere attentamente tutte le avvertenze riportate sul Modulo di Adesione.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

**L'Aderente dichiara la veridicità di tutte le affermazioni circa la sua personale situazione sanitaria, professionale e sportiva (\*) contenute nei seguenti punti:**

- di non aver sofferto di malattie da cui siano residuati invalidità e/o postumi permanenti;
- di non godere di invalidità o di non aver presentato domanda per ottenerla;
- di non avere malattie in atto, escluse le banali malattie stagionali;
- di non aver fatto e di non fare uso di alcolici e/o di sostanze stupefacenti;
- di essere esente da difetti fisici e/o costituzionali che impediscano il normale svolgimento delle attività quotidiane;
- di non essere stato ricoverato, negli ultimi cinque anni, in ospedale o case di cura salvo che: in conseguenza di lesioni traumatiche degli arti; per parto; per i seguenti interventi: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, emorroidectomia, chirurgia estetica, alluce valgo, safenectomia, splenectomia post-traumatica, meniscectomia, colecistectomia per calcolosi, interventi per ascessi acuti, varicocoele, fimosi, ernia inguinale ed inguinoscrotale. Con specifico riferimento a patologie oncologiche si tenga conto di quanto riportato in Avvertenza;
- di non avere in previsione, per i prossimi 12 mesi, di essere sottoposto ad interventi chirurgici;
- di non essere sottoposto a terapie continuative e di non assumere terapia allo stato attuale;
- di non essersi sottoposto ad alcun esame di laboratorio e/o visita specialistica durante gli ultimi dodici mesi i cui esiti non siano stati nella norma;
- di non svolgere professionalmente:
  - attività alpinistiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive (nautiche o terrestri);
  - trasporto, confezionamento, manipolazione di materiale esplosivo;
  - servizio presso reattori nucleari o piattaforme petrolifere;
- di non svolgere le seguenti attività sportive: speleologia, free-climbing, paracadutismo, kajak, pugilato, sport estremi, salto dal trampolino (con sci o idrosci), gare di bob o slittino o discesa libera, motorismo (nautico o terrestre), sport aerei o aeronautici;
- di non svolgere attività professionali o sportive che comportino l'utilizzo frequente o continuativo di aeromobili.

**L'Aderente dichiara, inoltre, di prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e/o visitato, o che lo faranno in futuro, nonché le altre persone, strutture ospedaliere, case di cura ed Istituti in genere, ai quali la Compagnia credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere. Acconsente pertanto che tali informazioni siano comunicate dalla Compagnia o chi per essa ad altre persone od enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.**

(\*) Dichiarazione resa ai fini dell'attribuzione della percentuale di maggiorazione del capitale per il caso di morte e, ove sottoscritta, della Copertura accessoria facoltativa per il caso di invalidità dell'Aderente, di cui all'art. 2 delle Condizioni Generali di Contratto.

Avvertenza: non è ammessa la richiesta di informazioni relative a patologie oncologiche da cui l'Aderente sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni dalla data di compilazione della presente Dichiarazione sullo stato di salute. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia sorta prima del compimento del ventunesimo anno di età o, comunque, nel rispetto dei termini inferiori previsti all'Allegato I del Decreto del Ministero della Salute del 22/03/2024. Per conclusione del trattamento attivo si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico. Le informazioni di cui sopra non possono essere acquisite neanche da fonti diverse dall'Aderente.

|                                                                                     |                             |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| L'Aderente afferma di sottoscrivere la presente dichiarazione sullo stato di salute | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

Luogo e data

L'Aderente/Il Legale Rappresentante

Firma leggibile

**DICHIARAZIONI**

Il sottoscritto dichiara di:

L'Aderente, inoltre, dichiara:

- di avere ricevuto e letto attentamente la Parte I "Informazioni chiave per l'aderente" della Nota Informativa e l'Appendice "Informativa sulla sostenibilità"
- di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il Regolamento e ogni altra documentazione attinente il prodotto, comunque disponibile sul sito [www.veravitaassicurazioni.it](http://www.veravitaassicurazioni.it);
- di aver preso visione e di aver 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:
  - sulle informazioni contenute nella Parte I "Informazioni chiave per l'aderente" della Nota Informativa e nell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità";
  - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nella Scheda "I costi" della Parte I "Informazioni chiave per l'Aderente" della Nota Informativa;
  - in merito al paragrafo "Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione", nella Scheda "Presentazione" della Parte I "Informazioni chiave per l'aderente" della Nota Informativa, redatto in conformità alle istruzioni della COVIP, contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipo, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
- circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito [www.veravitaassicurazioni.it](http://www.veravitaassicurazioni.it);
- di aver sottoscritto il "Questionario di Autovalutazione";
- di aver ricevuto l'informativa precontrattuale contenente le informazioni sull'intermediario e sulle regole che è tenuto a seguire nei confronti dei clienti, sui potenziali conflitti di interesse e sugli strumenti di tutela del cliente, sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita qualora prevista e sulle remunerazioni percepite (documenti predisposti e rilasciati dall'intermediario);
- che le informazioni fornite ai fini della compilazione del presente modulo sono complete, veritiere ed esatte- ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti- assumendosi ogni responsabilità in merito alle medesime, anche se materialmente scritte da altri e di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati forniti;
- **di essere a conoscenza che Vera Vita S.p.A. provvederà a riconoscere ai mezzi di pagamento utilizzati la seguente valuta:**
  - addebito in conto: pari alla data di addebito;
- di essere a conoscenza che Vera Vita S.p.A. invierà entro 30 giorni dalla data di adesione riportata nel presente modulo una lettera di conferma dell'avvenuta iscrizione al presente piano individuale pensionistico;
- **di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro sei mesi dall'adesione e che, in caso di inadempimento, Vera Vita S.p.A. 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 lettera;**
- **di essere a conoscenza che, qualora nel corso della partecipazione al Fondo l'aderente interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione individuale a seguito dell'applicazione delle spese annuali di gestione amministrativa, Vera Vita S.p.A. 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 lettera;**
- di voler ricevere la corrispondenza in formato \_\_\_\_\_ all'indirizzo indicato.

**L'Aderente può esercitare il diritto di recesso entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto. Per l'esercizio del diritto di recesso l'Aderente deve inviare comunicazione scritta alla Compagnia - con lettera raccomandata indirizzata a: Vera Vita S.p.A., Via Massaua, 6 – 20146 Milano. Il recesso ha l'effetto di liberare l'Aderente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia provvederà a rimborsare all'Aderente tramite bonifico, i versamenti contributivi da questi corrisposti.**

L'Aderente, essendo stato avvertito della possibilità di ricevere la corrispondenza in formato elettronico o in modalità cartacea, sceglie la modalità:

NON CARTACEA (consultazione tramite Area Riservata)  
CARTACEA

Dichiara altresì di disporre di adeguati strumenti tecnici e conoscenze che gli consentono di consultare e gestire autonomamente i documenti in formato file elettronico .PDF, archiviati sul supporto durevole.

Resta ferma la possibilità di richiedere gratuitamente al Collocatore copia cartacea della documentazione.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la versione aggiornata dei predetti documenti è disponibile nel sito della Compagnia e/o presso il Collocatore.

Luogo e data

L'Aderente/ Il Legale Rappresentante



Firma leggibile

Adesione n.  
Ente  
Filiale  
Collocatore

VERA VITA PENSIONE SICURA

DICHIARAZIONE DI PAGAMENTO

Dichiaro di aver informato l'Aderente che l'importo del premio di perfezionamento e la relativa data di incasso saranno riportati nella lettera di conferma inviata dalla Compagnia.

Mezzo di pagamento del premio di perfezionamento

Mezzo di pagamento del premio per le rate successive

L'intermediario      Ente      Filiale

L'Aderente/ Il Rappresentante Legale/ Il Delegato

L'Intermediario

Firma leggibile

Timbro e Firma leggibile

N° di matricola Intermediario

## QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

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

### CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

1. Conoscenza dei fondi pensione
2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione
3. A che età prevedi di andare in pensione?
4. Quanto prevedi di percepire come pensione di base, rispetto al Tuo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)?
5. Hai confrontato tale previsione con quella a Te resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web ovvero a Te recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")?
6. Hai verificato il paragrafo "Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione", nella Scheda "Presentazione" della Parte I "Informazioni chiave per l'aderente" della Nota Informativa, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere una integrazione della Tua pensione di base, tenendo conto della Tua situazione lavorativa?

### 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)
8. Fra quanti anni prevedi di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
9. In che misura sei disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Tua posizione individuale?

### PUNTEGGIO OTTENUTO

Il punteggio ottenuto è riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta fra le diverse opzioni di investimento offerte dal fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Punteggio fino a 4                                            | Punteggio tra 5 e 7                   | Punteggio tra 8 e 12      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| Categoria del comparto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | -Garantito<br>-Obbligazionario puro<br>-Obbligazionario misto | -Obbligazionario misto<br>-Bilanciato | -Bilanciato<br>-Azionario |
| La scelta di un percorso <i>Life-Cycle</i> (o comparto <i>data target</i> ) è congrua rispetto a qualunque punteggio ottenuto dal Questionario di autovalutazione. In caso di adesione a più comparti, la verifica di congruità sulla base del Questionario non risulta possibile: l'Aderente deve, in questi casi, effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta. |                                                               |                                       |                           |

DICHIARAZIONI E FIRME (esito del questionario di autovalutazione)

- ☐ Il sottoscritto Aderente attesta che il Questionario di autovalutazione è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.
- ☐ **RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE**  
Il sottoscritto Aderente, nell'attestare che il Questionario di autovalutazione non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione "CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE" non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento. Conferma la propria volontà a dare comunque seguito all'operazione.

Luogo e data

L'Aderente/ Il Rappresentante Legale  
(firma leggibile)

