



Modulo di Adesione

Modulo di sottoscrizione del Piano Individuale Pensionistico (PIP) Postaprevidenza Valore Fondo Pensione

Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n° 5003.

Il presente modulo di sottoscrizione costituisce parte integrante e necessaria della Nota Informativa del Piano Individuale Pensionistico Postaprevidenza Valore.

Spett.le Poste Vita S.p.A.
 Piazzale Konrad Adenauer, 3
 00144 Roma, Italia.

Dati anagrafici dell'Aderente

Cognome Nome Sesso M / F
 Nato/a a Provincia Stato il/...../.....
 Domiciliato/a Provincia Cap
 Telefono Fax e-mail
 Via n Cod. Fisc.
 Professione (Autonomo, Dipendente, Non lavoratore o Familiare a carico)
 Residente a: (se in luogo diverso dal domicilio)
 Comune Provincia Cap Stato
 Telefono Via n

Documento di riconoscimento

Tipo ⁽¹⁾ Numero Data di rilascio
 Autorità Luogo
⁽¹⁾ CID (carta identità); PAT (patente); PAS (passaporto); POR (porto d'armi); LIP (libretto pensionistico); ALB (documento d'iscrizione albo professionale);
 TES (tessera identificazione militare)

Informazioni previdenziali dell'Aderente

Iscritto alla previdenza obbligatoria ANTE 29/04/1993 POST 29/04/1993 Non ancora iscritto

Già iscritto ad una forma pensionistica complementare al 31/12/2006 SI NO

Età pensionabile (prevista dal regime obbligatorio di appartenenza)

NB: Indicare quella attualmente prevista in funzione del proprio regime obbligatorio di appartenenza.

In caso di mancata indicazione l'età pensionabile considerata sarà di 60 anni per le donne e di 65 anni per gli uomini.

Versamento Iniziale

Il contributo iniziale dell'Aderente è pari a Euro,00 composto da una rata iniziale di Euro,00 e da un versamento aggiuntivo una tantum di Euro,00

NB: L'iscrizione al Piano Individuale Pensionistico Postaprevidenza Valore è conclusa dal momento della stampa e consegna del documento contrattuale che avviene esclusivamente presso gli Uffici Postali abilitati contestualmente alla sottoscrizione del presente modulo. **Gli effetti del contratto decorreranno solo dal momento in cui la società avrà incassato il primo versamento contributivo effettuato dall'Aderente.** Se entro un anno dalla conclusione non verrà effettuato alcun versamento, il contratto si intenderà risolto di diritto.

Versamenti Successivi

Importo di ciascuna rata, versata dall'Aderente è pari a Euro00 con periodicità annuale mensile
 pari su base annua ad Euro00 o al% della retribuzione assunta a base della determinazione
 del TFR se dipendente o del reddito imponibile.

I versamenti successivi saranno effettuati tramite addebito su conto BancoPosta n°

Versamento di quote di TFR ed eventualmente di Contributi del datore di lavoro SI / NO

I versamenti del datore di lavoro saranno effettuati con bonifico bancario.

Richiesta di trasferimento posizione (da barrare e compilare in caso di interesse dell'Aderente)

Dichiaro di essere stato/a iscritto/a a forme pensionistiche complementari e di voler trasferire la posizione individuale maturata al piano
 individuale pensionistico come da documentazione allegata o trasmessa a parte

Denominazione forma pensionistica complementare di provenienza

Data di iscrizione al primo fondo pensione (GG/MM/AA)

Designazione Beneficiari in caso di decesso

Gli eredi o in mancanza i Beneficiari designati dall'Aderente:

1. Cognome, Nome (o denominazione sociale)

data di nascita Cod. Fisc o P.IVA quota %

2. Cognome Nome

data di nascita Cod. Fisc o P.IVA quota %

3. Cognome Nome

data di nascita Cod. Fisc o P.IVA quota %

**Ricevuta la Nota Informativa, il Regolamento e le Condizioni Generali di Contratto chiedo di aderire al Piano Individuale Pensionistico
 Postaprevidenza Valore e a tale scopo dichiaro, sotto la mia responsabilità, di aver letto, compreso ed accettato tutte le
 disposizioni contenute nella Nota Informativa, nelle Condizioni Generali di Contratto, nel Regolamento e nei suoi allegati.**

**Dichiaro di assumermi ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la
 sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti.**

Data Firma

Spazio riservato al soggetto incaricato della raccolta delle adesioni presso l'Ufficio Postale

Ufficio Postale Frazionario Nome incaricato

Il sottoscritto dichiara di avere personalmente riscontrato la corretta e completa compilazione del presente modulo e proceduto alla
 corretta identificazione dei sottoscrittori ai sensi della L. 197/91 e successive integrazioni e modifiche.

Firma dell'incaricato Timbro dell'incaricato

Consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa privacy di cui all'art. 13 del D Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati
 personali) allegata alle Condizioni Generali di Contratto e acconsente al trattamento dei dati personali nei limiti delle finalità indicate
 nell'informativa.

Nome e Cognome leggibile dell'interessato

Data rilascio consenso Firma



Modulo di Adesione

Modulo di sottoscrizione del Piano Individuale Pensionistico (PIP) Postaprevidenza Valore Fondo Pensione

Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n° 5003.

Il presente modulo di sottoscrizione costituisce parte integrante e necessaria della Nota Informativa del Piano Individuale Pensionistico Postaprevidenza Valore.

Spett.le Poste Vita S.p.A.
 Piazzale Konrad Adenauer, 3
 00144 Roma, Italia.

Dati anagrafici dell'Aderente

Cognome Nome Sesso M / F
 Nato/a a Provincia Stato il/...../.....
 Domiciliato/a Provincia Cap
 Telefono Fax e-mail
 Via n Cod. Fisc.
 Professione (Autonomo, Dipendente, Non lavoratore o Familiare a carico)
 Residente a: (se in luogo diverso dal domicilio)
 Comune Provincia Cap Stato
 Telefono Via n

Documento di riconoscimento

Tipo ⁽¹⁾ Numero Data di rilascio
 Autorità Luogo
⁽¹⁾ CID (carta identità); PAT (patente); PAS (passaporto); POR (porto d'armi); LIP (libretto pensionistico); ALB (documento d'iscrizione albo professionale);
 TES (tessera identificazione militare)

Informazioni previdenziali dell'Aderente

Iscritto alla previdenza obbligatoria ANTE 29/04/1993 POST 29/04/1993 Non ancora iscritto

Già iscritto ad una forma pensionistica complementare al 31/12/2006 SI NO

Età pensionabile (prevista dal regime obbligatorio di appartenenza)

NB: Indicare quella attualmente prevista in funzione del proprio regime obbligatorio di appartenenza.

In caso di mancata indicazione l'età pensionabile considerata sarà di 60 anni per le donne e di 65 anni per gli uomini.

Versamento Iniziale

Il contributo iniziale dell'Aderente è pari a Euro,00 composto da una rata iniziale di Euro,00 e da un versamento aggiuntivo una tantum di Euro,00

NB: L'iscrizione al Piano Individuale Pensionistico Postaprevidenza Valore è conclusa dal momento della stampa e consegna del documento contrattuale che avviene esclusivamente presso gli Uffici Postali abilitati contestualmente alla sottoscrizione del presente modulo. **Gli effetti del contratto decorreranno solo dal momento in cui la società avrà incassato il primo versamento contributivo effettuato dall'Aderente.** Se entro un anno dalla conclusione non verrà effettuato alcun versamento, il contratto si intenderà risolto di diritto.

Versamenti Successivi

Importo di ciascuna rata, versata dall'Aderente è pari a Euro00 con periodicità annuale mensile
 pari su base annua ad Euro00 o al% della retribuzione assunta a base della determinazione
 del TFR se dipendente o del reddito imponibile.

I versamenti successivi saranno effettuati tramite addebito su conto BancoPosta n°

Versamento di quote di TFR ed eventualmente di Contributi del datore di lavoro SI / NO

I versamenti del datore di lavoro saranno effettuati con bonifico bancario.

Richiesta di trasferimento posizione (da barrare e compilare in caso di interesse dell'Aderente)

Dichiaro di essere stato/a iscritto/a a forme pensionistiche complementari e di voler trasferire la posizione individuale maturata al piano
 individuale pensionistico come da documentazione allegata o trasmessa a parte

Denominazione forma pensionistica complementare di provenienza

Data di iscrizione al primo fondo pensione (GG/MM/AA)

Designazione Beneficiari in caso di decesso

Gli eredi o in mancanza i Beneficiari designati dall'Aderente:

1. Cognome, Nome (o denominazione sociale)

data di nascita Cod. Fisc o P.IVA quota %

2. Cognome Nome

data di nascita Cod. Fisc o P.IVA quota %

3. Cognome Nome

data di nascita Cod. Fisc o P.IVA quota %

**Ricevuta la Nota Informativa, il Regolamento e le Condizioni Generali di Contratto chiedo di aderire al Piano Individuale Pensionistico
 Postaprevidenza Valore e a tale scopo dichiaro, sotto la mia responsabilità, di aver letto, compreso ed accettato tutte le
 disposizioni contenute nella Nota Informativa, nelle Condizioni Generali di Contratto, nel Regolamento e nei suoi allegati.**

**Dichiaro di assumermi ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la
 sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti.**

Data Firma

Spazio riservato al soggetto incaricato della raccolta delle adesioni presso l'Ufficio Postale

Ufficio Postale Frazionario Nome incaricato

Il sottoscritto dichiara di avere personalmente riscontrato la corretta e completa compilazione del presente modulo e proceduto alla
 corretta identificazione dei sottoscrittori ai sensi della L. 197/91 e successive integrazioni e modifiche.

Firma dell'incaricato Timbro dell'incaricato

Consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa privacy di cui all'art. 13 del D Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati
 personali) allegata alle Condizioni Generali di Contratto e acconsente al trattamento dei dati personali nei limiti delle finalità indicate
 nell'informativa.

Nome e Cognome leggibile dell'interessato

Data rilascio consenso Firma



Modulo di Adesione

Modulo di sottoscrizione del Piano Individuale Pensionistico (PIP) Postaprevidenza Valore Fondo Pensione

Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n° 5003.

Il presente modulo di sottoscrizione costituisce parte integrante e necessaria della Nota Informativa del Piano Individuale Pensionistico Postaprevidenza Valore.

Spett.le Poste Vita S.p.A.
 Piazzale Konrad Adenauer, 3
 00144 Roma, Italia.

Dati anagrafici dell'Aderente

Cognome Nome Sesso M / F
 Nato/a a Provincia Stato il/...../.....
 Domiciliato/a Provincia Cap
 Telefono Fax e-mail
 Via n Cod. Fisc.
 Professione (Autonomo, Dipendente, Non lavoratore o Familiare a carico)
 Residente a: (se in luogo diverso dal domicilio)
 Comune Provincia Cap Stato
 Telefono Via n

Documento di riconoscimento

Tipo ⁽¹⁾ Numero Data di rilascio
 Autorità Luogo
⁽¹⁾ CID (carta identità); PAT (patente); PAS (passaporto); POR (porto d'armi); LIP (libretto pensionistico); ALB (documento d'iscrizione albo professionale);
 TES (tessera identificazione militare)

Informazioni previdenziali dell'Aderente

Iscritto alla previdenza obbligatoria ANTE 29/04/1993 POST 29/04/1993 Non ancora iscritto

Già iscritto ad una forma pensionistica complementare al 31/12/2006 SI NO

Età pensionabile (prevista dal regime obbligatorio di appartenenza)

NB: Indicare quella attualmente prevista in funzione del proprio regime obbligatorio di appartenenza.

In caso di mancata indicazione l'età pensionabile considerata sarà di 60 anni per le donne e di 65 anni per gli uomini.

Versamento Iniziale

Il contributo iniziale dell'Aderente è pari a Euro,00 composto da una rata iniziale di Euro,00 e da un versamento aggiuntivo una tantum di Euro,00

NB: L'iscrizione al Piano Individuale Pensionistico Postaprevidenza Valore è conclusa dal momento della stampa e consegna del documento contrattuale che avviene esclusivamente presso gli Uffici Postali abilitati contestualmente alla sottoscrizione del presente modulo. **Gli effetti del contratto decorreranno solo dal momento in cui la società avrà incassato il primo versamento contributivo effettuato dall'Aderente.** Se entro un anno dalla conclusione non verrà effettuato alcun versamento, il contratto si intenderà risolto di diritto.

Versamenti Successivi

Importo di ciascuna rata, versata dall'Aderente è pari a Euro00 con periodicità annuale mensile
 pari su base annua ad Euro00 o al% della retribuzione assunta a base della determinazione
 del TFR se dipendente o del reddito imponibile.

I versamenti successivi saranno effettuati tramite addebito su conto BancoPosta n°

Versamento di quote di TFR ed eventualmente di Contributi del datore di lavoro SI / NO

I versamenti del datore di lavoro saranno effettuati con bonifico bancario.

Richiesta di trasferimento posizione (da barrare e compilare in caso di interesse dell'Aderente)

Dichiaro di essere stato/a iscritto/a a forme pensionistiche complementari e di voler trasferire la posizione individuale maturata al piano
 individuale pensionistico come da documentazione allegata o trasmessa a parte

Denominazione forma pensionistica complementare di provenienza

Data di iscrizione al primo fondo pensione (GG/MM/AA)

Designazione Beneficiari in caso di decesso

Gli eredi o in mancanza i Beneficiari designati dall'Aderente:

1. Cognome, Nome (o denominazione sociale)

data di nascita Cod. Fisc o P.IVA quota %

2. Cognome Nome

data di nascita Cod. Fisc o P.IVA quota %

3. Cognome Nome

data di nascita Cod. Fisc o P.IVA quota %

**Ricevuta la Nota Informativa, il Regolamento e le Condizioni Generali di Contratto chiedo di aderire al Piano Individuale Pensionistico
 Postaprevidenza Valore e a tale scopo dichiaro, sotto la mia responsabilità, di aver letto, compreso ed accettato tutte le
 disposizioni contenute nella Nota Informativa, nelle Condizioni Generali di Contratto, nel Regolamento e nei suoi allegati.**

**Dichiaro di assumermi ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la
 sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti.**

Data Firma

Spazio riservato al soggetto incaricato della raccolta delle adesioni presso l'Ufficio Postale

Ufficio Postale Frazionario Nome incaricato

Il sottoscritto dichiara di avere personalmente riscontrato la corretta e completa compilazione del presente modulo e proceduto alla
 corretta identificazione dei sottoscrittori ai sensi della L. 197/91 e successive integrazioni e modifiche.

Firma dell'incaricato Timbro dell'incaricato

Consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa privacy di cui all'art. 13 del D Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati
 personali) allegata alle Condizioni Generali di Contratto e acconsente al trattamento dei dati personali nei limiti delle finalità indicate
 nell'informativa.

Nome e Cognome leggibile dell'interessato

Data rilascio consenso Firma