

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° ovvero Libretto di Risparmio Postale n°

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

I versamenti del datore di lavoro dovranno essere effettuati con bonifico bancario e comunicati tramite compilazione di distinte on-line
 come richiamato nel modulo 0405 (Informazioni da consegnare al Datore di Lavoro/Impresa).

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

In caso di decesso dell'Aderente il diritto al riscatto della posizione individuale maturata spetta prioritariamente ai Beneficiari di seguito
 designati ovvero in assenza di specifica designazione agli eredi legittimi o testamentari.

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 %

**Dichiaro di aver ricevuto la Nota Informativa, il Regolamento, le Condizioni Generali di Contratto e il modulo 0405 (Informazioni da
 consegnare al Datore di Lavoro/Impresa) per l'eventuale versamento di quote TFR. 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
 (o del rappresentante legale in caso di Aderente minore o incapace)

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
 (o del rappresentante legale in caso di Aderente minore o incapace)

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° ovvero Libretto di Risparmio Postale n°

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

I versamenti del datore di lavoro dovranno essere effettuati con bonifico bancario e comunicati tramite compilazione di distinte on-line
 come richiamato nel modulo 0405 (Informazioni da consegnare al Datore di Lavoro/Impresa).

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

In caso di decesso dell'Aderente il diritto al riscatto della posizione individuale maturata spetta prioritariamente ai Beneficiari di seguito
 designati ovvero in assenza di specifica designazione agli eredi legittimi o testamentari.

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 %

**Dichiaro di aver ricevuto la Nota Informativa, il Regolamento, le Condizioni Generali di Contratto e il modulo 0405 (Informazioni da
 consegnare al Datore di Lavoro/Impresa) per l'eventuale versamento di quote TFR. Chiedo di aderire al Piano Individuale
 Pensionistico Postaprevenienza 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
 (o del rappresentante legale in caso di Aderente minore o incapace)

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
 (o del rappresentante legale in caso di Aderente minore o incapace)

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° ovvero Libretto di Risparmio Postale n°

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

I versamenti del datore di lavoro dovranno essere effettuati con bonifico bancario e comunicati tramite compilazione di distinte on-line
 come richiamato nel modulo 0405 (Informazioni da consegnare al Datore di Lavoro/Impresa).

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

In caso di decesso dell'Aderente il diritto al riscatto della posizione individuale maturata spetta prioritariamente ai Beneficiari di seguito
 designati ovvero in assenza di specifica designazione agli eredi legittimi o testamentari.

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 %

**Dichiaro di aver ricevuto la Nota Informativa, il Regolamento, le Condizioni Generali di Contratto e il modulo 0405 (Informazioni da
 consegnare al Datore di Lavoro/Impresa) per l'eventuale versamento di quote TFR. 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
 (o del rappresentante legale in caso di Aderente minore o incapace)

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
 (o del rappresentante legale in caso di Aderente minore o incapace)

Informazione per l'Aderente lavoratore dipendente

Si raccomanda di seguire attentamente le indicazioni riportate nel modulo n. 0405 (Informazioni da consegnare al Datore di Lavoro/Impresa).

Ulteriori informazioni sono a disposizione sul nostro sito www.postevita.it e contattando il numero verde 800.316.181