

Orizzonte Previdenza

Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo

Fondo Pensione (PIP)

Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5094

La tua adesione

Numero	0000000000
Aderente	Nome e Cognome

La tua agenzia

Agenzia XXXX
Piazza Tre Torri 3, 20100 Milano (MI)
Telefono 02 777777 - Fax 02 555555
E-mail nomeagenzia@ageallianz.it

Area Personale

www.allianz.it/areapersonale
Per consultare in ogni momento le informazioni relative alla tua posizione assicurativa

Servizio Clienti



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 <riprodurre la/e risposta/e selezionata/e dall'aderente>;

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dirigente | <input type="checkbox"/> Pensionato |
| <input type="checkbox"/> Imprenditore | <input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente a tempo determinato |
| <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo | <input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente a tempo indeterminato |
| <input type="checkbox"/> Libero professionista | <input type="checkbox"/> NON occupato (studenti/casalinghe) |

Esigenze Assicurative dell'Aderente

2. Quale delle seguenti esigenze intende soddisfare con il Suo investimento? <riprodurre la risposta selezionata prima dell'accesso al processo assuntivo che di base è la 3>;

- 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? <riprodurre la risposta selezionata>

- 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? <riprodurre la/e risposta/e selezionata/e dall'aderente>;

SI NO

Se la risposta è sì, rispondere alla domanda successiva: <riprodurre la/e risposta/e selezionata/e dall'aderente>;

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

SI NO

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

Modulo di Adesione

Modulo di adesione a ORIZZONTE PREVIDENZA - PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO
iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5094

Attenzione: L'adesione a ORIZZONTE PREVIDENZA - PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO 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, il regolamento e le Condizioni generali di contratto sono disponibili sul sito www.allianz.it. Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'aderente.

Aderente

(in stampa, rendere visibile solo la scelta opzionata)

Nome Cognome: [aderente]
 Data di nascita: [gg/mm/aaaa]
 Codice fiscale: [CF_aderente]
 Residenza: [ind_res]
 C.A.P.: [cap_res] Città: [città_res] ([Prov_res])

Recapito di corrispondenza:

l'indirizzo di residenza
 diverso dall'indirizzo di residenza
 Indirizzo: [indirizzo]
 C.A.P.: [cap_corr] Città: [città_corr] ([Prov_corr])
 <solo se presente> e-mail [ind_email]

Modalità di ricezione della corrispondenza:

in formato elettronico via e-mail in formato cartaceo all'indirizzo di residenza o di corrispondenza (se diverso)
 È riportata la scelta effettuata nell'UNICO (Documento Unico Cliente). La scelta può essere modificata in futuro, modificando l'UNICO

Data prima iscrizione alla previdenza complementare dichiarata dall'Aderente *: gg/mm/aaaa

* della quale l'aderente risulti ancora iscritto, non avendo esercitato il diritto di riscatto totale. Se non iscritto, è inserita la data di sottoscrizione del presente modulo di adesione.

Condizione professionale

Lavoratore dipendente del settore privato
 Lavoratore dipendente del settore pubblico
 Lavoratore autonomo / libero professionista
 Soggetto diverso da lav. dipendente/autonomo

Titolo di studio

nessuno Diploma professionale Laurea/laurea magistrale
 Licenza elementare Diploma media superiore Specializzazione post - laurea
 Licenza media inferiore Diploma universitario/laurea triennale

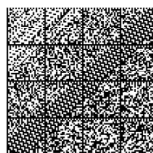
Altre informazioni

L'Aderente

risulta essere lavoratore di prima occupazione successiva alla data del 1° gennaio 2007
 non risulta essere lavoratore di prima occupazione successiva alla data del 1° gennaio 2007
 risulta essere iscritto a vecchi PIP* (detti anche FIP) gestiti da Allianz S.p.A.
 non risulta essere iscritto a vecchi PIP* (detti anche FIP) gestiti da Allianz S.p.A.
 * ovvero contratti stipulati fino al 31.12.2006 e non adeguati all'art. 23, comma 3 del D.Lgs 252/05
 risulta essere il soggetto che sostiene la spesa
 non risulta essere il soggetto che sostiene la spesa

Codice Fiscale del soggetto che sostiene la spesa in luogo dell'Aderente

	% spesa	Data di effetto
[CF_pagatore]	___, %	__/__/__
[CF_pagatore]	___, %	__/__/__



Modulo di Adesione

Chiede di aderire

a ORIZZONTE PREVIDENZA - Piano individuale pensionistico di tipo assicurativo - fondo pensione.

Chiede altresì

- di attivare le garanzie accessorie in esso previste, consapevole del relativo costo aggiuntivo.
 di non attivare le garanzie accessorie in esso previste.

Impegnandosi a fornire ad Allianz S.p.A. tutte le informazioni necessarie all'aggiornamento della propria posizione previdenziale complementare.

Altra forma pensionistica complementare

L'Aderente non è titolare di una posizione presso altra forma pensionistica complementare.
in alternativa

L'Aderente è titolare di una posizione presso altra forma pensionistica complementare.

Denominazione altra forma pensionistica: _____

Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP: _____

L'attuale Scheda '**l costi**' della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata: consegnata non consegnata (*)

La Scheda 'l 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 'l costi') anche in assenza di trasferimento

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

Chiede il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica al fondo ORIZZONTE PREVIDENZA: SI NO
 e prende atto che l'operazione è subordinata all'invio da parte sua della richiesta anche al fondo cedente

Beneficiari In caso di premorienza dell'Aderente nella fase di accumulo

Beneficiari designati nominativamente:

Nome Cognome/Ragione Sociale C.F./P.IVA [CF_PIVA] _____ % del capitale

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

Indirizzo: [indirizzo]

C.A.P.: [cap_corr] Città: [citta_corr] ([Prov_corr])

<solo se presente> e-mail [ind_email] Sesso M F

Se Beneficiario è Persona Giuridica

Tipologia societaria: [_____] Classe dei beneficiari: [_____] (se "Non profit/strutture analoghe")

Descrizione attività societaria: [_____]

Il Beneficiario [non è] oppure [è] Persona Politicamente Esposta (PEP)

Se Beneficiario è PEP

Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: _____ (se Beneficiario è PG)

Relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: [_____]

Tipologia PEP: [_____]

Se Beneficiario è PEP, TER, IND, residenza in GAFI, tipologia societaria = "Trust" o "Fiduciaria", relazione con il contraente = "Altro", indicare:

Estremi documento identità: [Tipo Doc. - Numero Doc. - Rilasciato da - Luogo rilascio - Data rilascio - Data scadenza]

[Domicilio: [Indirizzo - numero civico - CAP - Comune - Provincia - Nazione Beneficiario designato PF]] > solo se diverso da residenza

[Cittadinanza: [_____]]

[Codice SAE: [_____]] [Codice ATECO: [_____]]

Nome Cognome/Ragione Sociale C.F./P.IVA [CF_PIVA] _____ % del capitale

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

Indirizzo: [indirizzo]

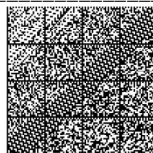
C.A.P.: [cap_corr] Città: [citta_corr] ([Prov_corr])

<solo se presente> e-mail [ind_email] Sesso M F

Se Beneficiario è Persona Giuridica

Tipologia societaria: [_____] Classe dei beneficiari: [_____] (se "Non profit/strutture analoghe")

Descrizione attività societaria: [_____]



Modulo di Adesione

Il Beneficiario [non è] oppure [è] Persona Politicamente Esposta (PEP)

Se Beneficiario è PEP

Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: _____ (se Beneficiario è PG)

Relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: [_____]

Tipologia PEP: [_____]

Se Beneficiario è PEP, TER, IND, residenza in GAFI, tipologia societaria = "Trust" o "Fiduciaria", relazione con il contraente = "Altro", indicare:

Estremi documento identità: [Tipo Doc. – Numero Doc. – Rilasciato da – Luogo rilascio – Data rilascio – Data scadenza]

[Domicilio: [Indirizzo - numero civico - CAP – Comune - Provincia – Nazione Beneficiario designato PF]] > solo se diverso da residenza

[Cittadinanza: [_____]]

[Codice SAE: [____]] [Codice ATECO: [_____]]

- Gli eredi testamentari dell'Aderente in parti uguali o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Aderente in parti uguali _____%
- 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.** <in caso di designazione beneficiario generico>

* **Scelta obbligatoria in caso di Aderente minorenni.** <in caso di designazione di Eredi legittimi in parti uguali>

Impiego dei versamenti contributivi

Chiede di partecipare a ORIZZONTE PREVIDENZA con le seguenti modalità:

- Senza primo contributo volontario;
- Primo contributo volontario in forma libera per importo pari a euro _____

Datore di lavoro

(da compilare in caso di versamento TFR o contributo datoriale)

Nome Cognome/Ragione sociale: [Datore di lavoro]

Codice fiscale/Partita IVA: [CF/P.IVA_datore]

Indirizzo/Sede legale: [ind_sede]

C.A.P.: [cap_sede] Città: [citta_sede] ([Prov_sede])

Tel.: [tel_datore] e-mail: [email_datore]

Recapito di corrispondenza:

- la Sede legale
- diverso dalla Sede legale
[indirizzo_corr_datore]
[cap_corr_datore] [citta_corr_datore] ([Prov_corr_datore])

Scelte di investimento

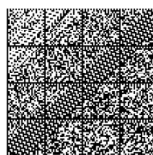
<in caso di scelta Life Cycle> **Chiede di attivare per l'intera posizione previdenziale l'opzione Life Cycle**, scegliendo uno tra i seguenti percorsi:

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

- PERCORSO OBIETTIVO STABILITA'
- PERCORSO OBIETTIVO EQUILIBRIO
- PERCORSO OBIETTIVO CRESCITA

<in caso di NON scelta Life Cycle> **Chiede** che ogni versamento contributivo destinato a ORIZZONTE PREVIDENZA, sia investito come segue:

Ripartizione %	Fondi interni assicurativi	Categoria
_____%	FORMULA MODERATA	Bilanciato
_____%	FORMULA EQUILIBRATA	Bilanciato
_____%	FORMULA ATTIVA	Bilanciato
_____%	OBBLIGAZIONARIO	Obbligazionario puro
_____%	BILANCIATO	Bilanciato
_____%	AZIONARIO GLOBALE	Azionario



Modulo di Adesione

- qualora non sia stata attivata l'opzione Life Cycle, secondo le seguenti percentuali

Ripartizione %	Fondi interni assicurativi	Categoria
_____%	FORMULA MODERATA	Bilanciato
_____%	FORMULA EQUILIBRATA	Bilanciato
_____%	FORMULA ATTIVA	Bilanciato
_____%	OBBLIGAZIONARIO	Obbligazionario puro
_____%	BILANCIATO	Bilanciato
_____%	AZIONARIO GLOBALE	Azionario
Ripartizione %	Gestione separata	Categoria
_____%	FORMULA SICURA	Garantito

¹ in caso di mancata indicazione, l'importo trasferito sarà investito secondo le percentuali indicate nella sez. Scelte di investimento.

Cessione del V°

(compare solo se l'aderente ha già stipulato un contratto di cessione del V°)

- presenza di contratto di finanziamento* sulla parte di contribuzione datoriale
 presenza di contratto di finanziamento* sulla parte derivante da trasferimento

* il contratto di cessione del V° dovrà comunque essere notificato al Fondo da parte della Società Finanziaria [denominazione].
 In presenza di contratto di finanziamento, sulla posizione individuale sarà applicato quanto previsto dalla Legge.

Recesso

L'Aderente può esercitare il diritto di recesso entro il termine di trenta giorni dalla sottoscrizione del presente modulo di adesione (conclusione del contratto).

Per l'esercizio del diritto di recesso l'Aderente deve inviare comunicazione scritta alla Società - con lettera raccomandata indirizzata a: Allianz S.p.A. - Vita Collettive e Fondi Pensione - Altre Forme Previdenziali, Largo Ugo Inreri, 1 - 34123 Trieste - contenente gli elementi identificativi del contratto.

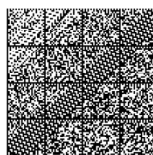
Il recesso ha l'effetto di liberare l'Aderente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società provvederà a rimborsare all'Aderente tramite assegno, i versamenti contributivi da questi corrisposti.

- Per la parte investita nei fondi interni, l'importo rimborsato sarà pari al controvalore delle quote assegnate al contratto aggiunti i caricamenti. Qualora la richiesta di recesso pervenga entro il giorno lavorativo antecedente il giorno di conversione del versamento contributivo in quote, la Società rimborsa all'Aderente l'intero contributo versato.
- Per la parte investita nella gestione separata, l'importo rimborsato sarà pari alla totalità dei versamenti contributivi in essa versati.

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');
- di aver ricevuto copia del documento "Informativa sul distributore" conforme all'allegato 3 del Regolamento Ivass 40/2018;
- di aver ricevuto copia del documento "Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP" conforme all'allegato 4 del Regolamento Ivass 40/2018;
- di aver ricevuto copia del documento informativo per le operazioni di trasformazione redatto secondo le prescrizioni IVASS, in caso l'adesione sia realizzata mediante operazione di riscatto di altra polizza Vita o Fondo;
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nella parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e nell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';
 - 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;
 - 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



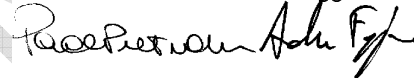
Modulo di Adesione

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;

- circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.allianz.it;
- 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 riportata nel Documento Unico Consensi sottoscritto dall'aderente.

Sottoscritto il [data_conferma]

Allianz S.p.A.
Paola Pietrafesa Andrea Faggioni



Firma dell'Aderente/Rappresentante legale



- <se attivata garanzia accessoria> di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, l'art. 17 "Garanzia assicurativa accessoria" delle Condizioni contrattuali per la parte statuente il periodo di carenza.

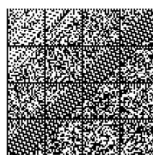
Firma dell'Aderente/Rappresentante legale



Spazio riservato al soggetto incaricato dell'Adeguata Verifica

Ai sensi della normativa antiriciclaggio e relativi regolamenti attuativi vigenti, l'identificazione e la rilevazione dei dati dei firmatari del presente modulo sono state effettuate da [COGNOME_NOME_INTERMEDIARIO].

Questo documento è stato emesso [dall'Agenzia]/[dal Broker]/[dall'Intermediario]: [NOME AGENZIA]
elaborato il: [data_adesione]



Modulo di Adesione

Questionario di Autovalutazione (da compilare solamente se maggiorenni) (in stampa, rendere visibile solo la scelta opzionata)

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.

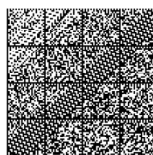
CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

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



Modulo di Adesione

tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto

[N]

Il punteggio va 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.

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del comparto	<ul style="list-style-type: none"> - Garantito - Obbligazionario puro - Obbligazionario misto 	<ul style="list-style-type: none"> - Obbligazionario misto - Bilanciato 	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

Sottoscritto il [data_conferma]

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.

Firma dell'Aderente/Rappresentante legale



[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.

Firma dell'Aderente/Rappresentante legale



Spazio riservato al soggetto incaricato della raccolta delle adesioni

[Nessuna osservazione relativamente alla compilazione del Questionario di Autovalutazione da parte dell'Aderente.]/[Testo libero]

