

CONTRIBUTI DELL'ADERENTE

Contributo Annuo pari a €

Contributo Iniziale (rateazione sem.le o annuale) €

Rateazione Contributi successivi mensile bimestrale trimestrale semestrale annuale

Giorno valuta: 5 20

A partire: dalla prima scadenza di pagamento utile
 dalla prima ricorrenza in funzione della rata versata.

Il contributo sarà addebitato il primo giorno lavorativo precedente alla data di valuta.
(Per i contributi successivi è prevista la rivalutazione annua degli importi sulla base dell'incremento dell'indice ISTAT del costo della vita aumentato di tre punti percentuali)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Contributo Iniziale:

addebito sul c/c* di Banca Mediolanum

n° c/c c/c in apertura

Altra modalità _____

(Per i contributi versati tramite assegno - che dovrà essere "non trasferibile" e intestato a Mediolanum Vita S.p.A. -, è necessario riportare il numero dell'assegno, l'importo, il nome della banca emittente/trassata, la filiale/agenzia di riferimento).

*il Sottoscrittore in quanto intestatario cointestatario o delegato del suddetto conto corrente aperto presso Banca Mediolanum S.p.A., autorizza Banca Mediolanum S.p.A. a trasferire a favore di Mediolanum Vita S.p.A. l'importo relativo alla presente sottoscrizione.

Contributi successivi:

Disposizione Permanente Rid da Banca Mediolanum

Il Sottoscritto, in quanto intestatario, cointestatario o delegato del conto corrente sotto indicato, autorizza Banca Mediolanum ad addebitare sul conto corrente sotto indicato, nella data di scadenza dell'obbligazione o data prorogata d'iniziativa del creditore (ferma restando la valuta originaria concordata), tutti gli ordini di incasso elettronici inviati da Mediolanum Vita e contrassegnati con le coordinate relative a Mediolanum Vita sotto riportate (o aggiornate d'iniziativa da Mediolanum Vita), a condizione che vi siano disponibilità sufficienti e senza necessità per la banca di inviare la relativa contabile di addebito. Il Sottoscritto ha facoltà di opporsi all'addebito entro 5 giorni dalla data di scadenza/data prorogata dal creditore. Banca Mediolanum ed il Sottoscritto hanno la facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo di pagamento tramite RID, con un preavviso pari a quello previsto nel contratto di conto corrente per il recesso da quest'ultimo rapporto, da darsi mediante comunicazione scritta. Il Sottoscritto prende atto che sono applicate le condizioni già indicate nel contratto di conto corrente, in precedenza sottoscritto tra le parti, o comunque rese pubbliche presso gli uffici dei Promotori Finanziari o disponibili sul sito www.bancamediolanum.it e tempo per tempo vigenti. Per quanto non espressamente previsto dalle presenti disposizioni, sono applicabili le "Norme che regolano i conti correnti di corrispondenza e servizi connessi".

Codice Azienda Sia

5 6 7 0 2 4

COORDINATE BANCARIE DEL CONTO CORRENTE DA ADDEBITARE:

NUMERO CONTO CORRENTE	N. PROPOSTA CONTO CORRENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nel caso in cui l'Aderente non sia intestatario, cointestatario o delegato del suddetto conto corrente,

indicare Cognome e Nome Cod. Cliente

Data



Firma Sottoscrittore Rid

Disposizione Permanente RID su altra Banca: si allega modulo RID

Contributo versato tramite il datore di lavoro (compilare la sezione "Dati del datore di lavoro" nel box sottostante)

CONTRIBUTI PROVENIENTI DAL DATORE DI LAVORO (riservato solo ai lavoratori dipendenti)

Tipologia di versamento

TFR Contributo del datore di lavoro

Periodicità del versamento

annuale semestrale trimestrale bimestrale mensile

Dati del datore di lavoro

PARTNER DATA SRL MILANO

CODICE CLIENTE

DENOMINAZIONE DELL'AZIENDA

SEDE LEGALE - COMUNE

20147 MI VIA PINARDO 11

CAP

PROV.

INDIRIZZO SEDE LEGALE

N. CIV.

ADESIONE TRAMITE TRASFERIMENTO DA ALTRA FORMA PENSIONISTICA

Chiedo di aderire a TaxBenefit New – Fondo Pensione trasferendovi la mia posizione individuale, maturata presso il Fondo/Forma Pensionistica Complementare denominato _____, istituito da (Società, indirizzo) _____

in data _____ al quale sono iscritto dal _____, avendo maturato un'anzianità contributiva complessiva di _____ anni.

Dichiaro sotto la mia responsabilità che sussistono le condizioni di cui all'articolo 14 del D.Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 per il trasferimento.

Autorizzo, quindi, Mediolanum Vita S.p.A. a richiedere il trasferimento della mia posizione e le relative informazioni necessarie.

Il Sottoscritto dichiara altresì:

- di aver ricevuto, preso visione ed accettato integralmente il Regolamento di TaxBenefit New - Fondo Pensione, le Condizioni Generali di Contratto, la Nota Informativa ed i relativi allegati dei quali il presente Modulo di Adesione è parte integrante e necessaria
- che i dati e le informazioni forniti sono veritieri e completi, e che sussistono i requisiti di partecipazione richiesti, di cui all'articolo 2 del D. Lgs. 5 dicembre 2005;
- di prendere atto che, nel caso di lavoratori autonomi e/o liberi professionisti, gli effetti dell'adesione si perfezioneranno solo a seguito dell'iscrizione di TaxBenefit New nell'albo delle forme pensionistiche complementari tenuto dalla COVIP;
- di prendere atto che, nel caso di lavoratori dipendenti, gli effetti dell'adesione si perfezioneranno solo a seguito dell'iscrizione di TaxBenefit New nell'albo delle forme pensionistiche complementari tenuto dalla COVIP ed in ogni caso non prima del 1° luglio 2007 così come previsto dalla normativa vigente.

Il Sottoscritto prende atto, inoltre, che da tale sottoscrizione decorre, ai sensi dell'art. 5 delle Condizioni Generali di Contratto, il proprio diritto di recedere entro e non oltre 30 giorni dal contratto con l'obbligo della Compagnia alla restituzione dei contributi versati. Prende inoltre atto che tale importo sarà corretto della eventuale differenza positiva o negativa dell'Investimento qualora questo fosse già stato effettuato.

Il Sottoscritto dichiara, infine, di aver preso visione degli articoli delle Condizioni Generali di Contratto riguardanti i costi e la facoltà della Compagnia di variare i coefficienti di conversione in rendita. La copertura assicurativa e tutti gli obblighi ed oneri che il contratto assicurativo pone a carico di Mediolanum Vita S.p.A. avranno decorrenza dal 1° giorno lavorativo successivo a quello in cui Mediolanum Vita S.p.A. avrà acquisito sia la disponibilità del primo contributo versato che la conoscenza della relativa causale. La disponibilità del contributo si intende acquisita secondo le modalità e nei termini di cui all' art. 13 delle Condizioni Generali di Contratto.


Firma dell'Aderente

ADESIONE ALLA GARANZIA COMPLEMENTARE E DICHIARAZIONE DELL'ADERENTE SULLO STATO DI SALUTE

Chiedo di aderire alla Garanzia Complementare a copertura dell'invalidità totale e permanente per infortunio o per malattia a fronte di un costo pari al 5% del contributo annuo, ai sensi delle Condizioni di Polizza che mi sono state sottoposte e consegnate e che dichiaro di aver attentamente letto ed accettato.

A questo proposito DICHIARO:

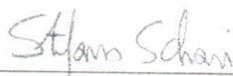
- di godere attualmente di un buono stato di salute;
- di non essere mai stato ricoverato negli ultimi cinque anni in ospedali o case di cura per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale;
- di non aver consultato medici specialisti negli ultimi sei mesi al di fuori dei semplici controlli di routine;
- di non essere esposto a rischi particolari a causa della professione svolta;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché le altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali l'Assicuratore ritenesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.

Le dichiarazioni dell'Aderente sul proprio stato di salute devono essere compilate in modo veritiero e completo, onde evitare ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile eventuali contestazioni.


Firma dell'Aderente

SPAZIO RISERVATO AI SOGGETTI INCARICATI DELLA RACCOLTA per l'identificazione dei firmatari del presente modulo di adesione

SCHIANI STEFANO
Cognome e nome


Firma

205737
Codice

711
Codice Area