

SOGGETTO CHE VERSA IL CONTRIBUTO										
Cognome				Nome				Sesso	M	F
C.F.				Data di nascita						
Comune di nascita						Provincia di nascita				
Codice SOTTOGRUPPO				Codice GRUPPO/RAMO						
Indirizzo di residenza /Sede: via, numero civico										
C.A.P. di residenza			Località di residenza				Provincia di residenza			
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA; È VIETATO FISSARE IL DOMICILIO DI RAPPORTO PRESSO IL PROMOTORE FINANZIARIO										
Presso: via, numero civico										
C.A.P. di corrispondenza			Località di corrispondenza				Provincia di corrispondenza			
ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGETTO CHE VERSA IL CONTRIBUTO										
Tipo documento:				Numero documento						
Località di rilascio				Data di rilascio						
MODALITA' DI PAGAMENTO ALL'ATTO DELLA SOTTOSCRIZIONE										
CON BONIFICO CONTO DB			AGENZIA/ FILIALE			CODICE IBAN				
ASSEGNO BANCARIO/CIRCOLARE N°			BANCA EMITTENTE TRASATA			PIAZZA				
ADERENTE - DATI ANAGRAFICI										
Cognome				Nome				Sesso	M	F
C.F.		Professione		Data di nascita		Età	Anni	Mesi		
Comune di nascita						Provincia di nascita				
Indirizzo di residenza: via, numero civico										
C.A.P. di residenza			Località di residenza				Provincia di residenza			
ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DELL'ADERENTE										
Tipo documento: codice e descrizione				Numero documento						
Località di rilascio				Data di rilascio						
SPAZIO RISERVATO AL PROMOTORE FINANZIARIO O ALL'INCARICATO DELLA SEDE, PER IDENTIFICAZIONE E REGOLARITA' DELL'OPERAZIONE										
RETE _  _ CODICE _  _  _  _  _  _		COGNOME E NOME				FIRMA				

**CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO**

**Programma Pensione:** Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n. 5019

**COMPONENTE FINANZIARIA**

ZLAP Pension Obiettivo Mix       ZLAP Pension Bilanciato Euro       ZLAP Pension Azione Globale

**PRESTAZIONI ACCESSORIE**

L'aderente chiede l'attivazione delle seguenti coperture complementari:

**Copertura caso morte** per assicurato       **Copertura Complementare infortuni caso morte**  
 fumatore       non fumatore

**Copertura Complementare malattie gravi**  
 \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
 (indicare importo capitale assicurato)

**Copertura Complementare Long Term Care**       **Copertura Complementare invalidità totale e permanente**  
 \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
 (indicare importo capitale assicurato)

**Premio lordo versato all'atto della sottoscrizione della proposta**

**Spese di emissione**

**DESIGNAZIONE BENEFICIARI**

BENEFICIARI  
CASO MORTE

il coniuge in vita alla data del decesso dell'assicurato o in mancanza, i figli dell'assicurato, in parti uguali, in vita alla data del decesso dell'assicurato  
 gli eredi legittimi dell'assicurato in parti uguali       il contraente

**In caso di designazione di beneficiari diversi da quelli sopra indicati, il contraente deve allegare dichiarazione scritta indirizzata all'Impresa contenente le seguenti informazioni: dati anagrafici della persona/e designata/e (cognome e nome – denominazione sociale se persona giuridica – comune di nascita – sede legale se persona giuridica – data di nascita – indirizzo di residenza) e la percentuale di ripartizione della prestazione caso morte.**

**DICHIARAZIONI dell'Aderente:**

- Dichiaro** che l'età pensionabile indicata è quella prevista dal regime previdenziale obbligatorio al quale appartengo.
- Mi impegno** a comunicare alla Compagnia, entro il 31 Dicembre dell'anno successivo, gli importi dei contributi per i quali non usufruirò della deduzione dell'imponibile in sede di dichiarazione dei redditi e l'importo di TFR conferito nell'anno di riferimento. Sono a conoscenza del fatto che solamente gli importi da me comunicati non concorreranno a formare la base imponibile per l'imposta gravante sulla prestazione al momento della sua erogazione.
- Dichiaro** di assumermi ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti.
- Dichiaro** di essere:
 

<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo o libero professionista	<input type="checkbox"/> lavoratore dipendente
<input type="checkbox"/> socio lavoratore cooperativa di produzione e lavoro	<input type="checkbox"/> altro (anche se non titolare di reddito da lavoro o di impresa)

L'aderente dichiara di partecipare a forme di previdenza complementare dal \_\_\_\_\_ (data di prima adesione)

.....  
**Luogo e data di compilazione**

.....  
**Firma (leggibile) dell'Aderente**

.....  
**Timbro e Firma (leggibile) dell'Intermediario**

COPIA PER LA COMPAGNIA

Pagina 2 di 4

Zurich Life and Pensions S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Investments Life S.p.A.

Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano, Italia - Telefono +39.025966.1 - Fax +39.0259662603

Capitale sociale € 40.500.000 i.v. - Iscritta all'Albo Imprese ISVAP il 3/1/08 al n. 1.00100 ed appartenente al Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi ISVAP il 28.5.08 al n. 2

P. IVA/C.F.R.I. Milano 09893370156 - Imp. aut. con D.M. 1.10.1991 (G.U.14/10/1991 n. 241)

www.zurichlifeandpensions.it



**Modalità di pagamento del premio** - Il versamento del premio può essere effettuato tramite:

- assegno NON TRASFERIBILE intestato a Zurich Life and Pensions S.p.A.
- bonifico bancario su c/c intestato a Zurich Life and Pensions S.p.A., presso Deutsche Bank S.p.A.; che vi autorizzo a richiedere, per mio nome e conto, addebitando il c/c intrattenuto presso Deutsche Bank.

**Revoca della proposta e recesso del contratto**

Il contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto, mediante richiesta scritta inviata all'Impresa con lettera raccomandata A.R. contenente gli elementi identificativi della proposta. Le somme eventualmente anticipate dal contraente all'Impresa saranno restituite entro trenta giorni dalla ricezione della comunicazione scritta di revoca della proposta.

Entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto, il contraente può esercitare il diritto di recesso, mediante richiesta scritta inviata all'Impresa con lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto. Il recesso ha l'effetto di liberare il contraente e l'Impresa da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, con decorrenza dalle ore 24.00 del giorno di ricezione della comunicazione scritta di recesso. L'Impresa rimborsa quindi al contraente, entro trenta giorni dalla ricezione della richiesta scritta di recesso, l'importo del premio dovuto al netto delle eventuali di spese di emissione previste dal contratto. Tale importo è inoltre rettificato dell'eventuale differenza positiva o negativa tra il controvalore delle quote del fondo assegnate al contratto, calcolato in base al loro valore unitario riferito alla data di ricezione, da parte dell'Impresa, della richiesta di recesso, e il controvalore delle stesse quote, calcolato in base al loro valore unitario riferito al cosiddetto giorno di riferimento, così come definito nell'articolo "Intestamento del premio" e regole per la valorizzazione" delle Condizioni di Assicurazione.

**Il sottoscritto Aderente:**

1. Prende atto che il contratto si intende concluso il giorno in cui il contraente è informato dell'accettazione della proposta da parte dell'Impresa, a condizione che il premio dovuto dal contraente risulti esigibile per l'incasso e che il contraente stesso abbia sottoscritto il modulo di proposta, insieme all'assicurato, se persona diversa.
2. Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della seguente documentazione:
  - a) Regolamento
  - b) Condizioni generali di contratto
  - c) Nota informativa per i potenziali aderenti
  - d) Modulo di adesione che è parte integrante e necessaria della Nota informativa e di accettarla integralmente.
  - e) Progetto esemplificativo standardizzato
3. Dichiaro di aver ricevuto e preso visione delle informazioni sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti degli Aderenti.

.....  
Luogo e data di compilazione

.....  
Firma (leggibile) dell'Aderente

**Il sottoscritto Aderente:**

Dichiaro di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificatamente l'articolo 15 Riscatto della posizione previdenziale - delle Condizioni generali di contratto.

.....  
Luogo e data di compilazione

.....  
Firma (leggibile) dell'Aderente



Consenso al trattamento ai sensi dell'art. 23 D.Lgs. 196/2003

a) Finalità assicurative di cui al punto 1) dell'Informativa.

Io sottoscritto/a, ricevuta e letta l'Informativa, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003, **presto il mio consenso** al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili, per le finalità assicurative:

Nome e Cognome/denominazione \_\_\_\_\_

Data e Firma \_\_\_\_\_

Contraente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assicurato \_\_\_\_\_

(se diverso dal Contraente)

\_\_\_\_\_

b) Ulteriori finalità di cui al punto 2) dell'Informativa.

Io sottoscritto/a, ricevuta e letta l'Informativa, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003 nonché dell'art. 58 del D.Lgs. 206/2005 (Codice del Consumo), **presto il mio specifico, libero e facoltativo consenso** al trattamento dei miei dati personali non sensibili

- |  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (i) per finalità di marketing, invio di materiale pubblicitario e vendita tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, in relazione a prodotti o servizi offerti dalla Società o a soggetti terzi.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ii) per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato ed effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (iii) per la comunicazione degli stessi ai soggetti terzi, i quali potranno a loro volta trattarli per finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, in relazione a prodotti o servizi propri od offerti da soggetti terzi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nome e Cognome/denominazione \_\_\_\_\_

Data e Firma \_\_\_\_\_

Contraente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SOGGETTO CHE VERSA IL CONTRIBUTO										
Cognome					Nome			Sesso	M	F
C.F.					Data di nascita					
Comune di nascita						Provincia di nascita				
Codice SOTTOGRUPPO					Codice GRUPPO/RAMO					
Indirizzo di residenza /Sede: via, numero civico										
C.A.P. di residenza			Località di residenza				Provincia di residenza			
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA; È VIETATO FISSARE IL DOMICILIO DI RAPPORTO PRESSO IL PROMOTORE FINANZIARIO										
Presso: via, numero civico										
C.A.P. di corrispondenza			Località di corrispondenza				Provincia di corrispondenza			
ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGETTO CHE VERSA IL CONTRIBUTO										
Tipo documento:					Numero documento					
Località di rilascio					Data di rilascio					
MODALITA' DI PAGAMENTO ALL'ATTO DELLA SOTTOSCRIZIONE										
CON BONIFICO CONTO DB			AGENZIA/ FILIALE				CODICE IBAN			
ASSEGNO BANCARIO/CIRCOLARE N°			BANCA EMITTENTE TRASATA				PIAZZA			
ADERENTE - DATI ANAGRAFICI										
Cognome					Nome			Sesso	M	F
C.F.		Professione			Data di nascita		Età	Anni		Mesi
Comune di nascita						Provincia di nascita				
Indirizzo di residenza: via, numero civico										
C.A.P. di residenza			Località di residenza				Provincia di residenza			
ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DELL'ADERENTE										
Tipo documento: codice e descrizione					Numero documento					
Località di rilascio					Data di rilascio					
SPAZIO RISERVATO AL PROMOTORE FINANZIARIO O ALL'INCARICATO DELLA SEDE, PER IDENTIFICAZIONE E REGOLARITA' DELL'OPERAZIONE										
RETE _  _ CODICE _  _  _  _  _		COGNOME E NOME				FIRMA				



**Modalità di pagamento del premio** - Il versamento del premio può essere effettuato tramite:

- assegno NON TRASFERIBILE intestato a Zurich Life and Pensions S.p.A.
- bonifico bancario su c/c intestato a Zurich Life and Pensions S.p.A., presso Deutsche Bank S.p.A.; che vi autorizzo a richiedere, per mio nome e conto, addebitando il c/c intrattenuto presso Deutsche Bank.

**Revoca della proposta e recesso del contratto**

Il contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto, mediante richiesta scritta inviata all'Impresa con lettera raccomandata A.R. contenente gli elementi identificativi della proposta. Le somme eventualmente anticipate dal contraente all'Impresa saranno restituite entro trenta giorni dalla ricezione della comunicazione scritta di revoca della proposta.

Entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto, il contraente può esercitare il diritto di recesso, mediante richiesta scritta inviata all'Impresa con lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto. Il recesso ha l'effetto di liberare il contraente e l'Impresa da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, con decorrenza dalle ore 24.00 del giorno di ricezione della comunicazione scritta di recesso. L'Impresa rimborsa quindi al contraente, entro trenta giorni dalla ricezione della richiesta scritta di recesso, l'importo del premio dovuto al netto delle eventuali di spese di emissione previste dal contratto. Tale importo è inoltre rettificato dell'eventuale differenza positiva o negativa tra il controvalore delle quote del fondo assegnate al contratto, calcolato in base al loro valore unitario riferito alla data di ricezione, da parte dell'Impresa, della richiesta di recesso, e il controvalore delle stesse quote, calcolato in base al loro valore unitario riferito al cosiddetto giorno di riferimento, così come definito nell'articolo "Intestamento del premio" e regole per la valorizzazione" delle Condizioni di Assicurazione.

**Il sottoscritto Aderente:**

1. Prende atto che il contratto si intende concluso il giorno in cui il contraente è informato dell'accettazione della proposta da parte dell'Impresa, a condizione che il premio dovuto dal contraente risulti esigibile per l'incasso e che il contraente stesso abbia sottoscritto il modulo di proposta, insieme all'assicurato, se persona diversa.
2. Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della seguente documentazione:
  - a) Regolamento
  - b) Condizioni generali di contratto
  - c) Nota informativa per i potenziali aderenti
  - d) Modulo di adesione che è parte integrante e necessaria della Nota informativa e di accettarla integralmente.
  - e) Progetto esemplificativo standardizzato
3. Dichiaro di aver ricevuto e preso visione delle informazioni sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti degli Aderenti.

.....  
Luogo e data di compilazione

.....  
Firma (leggibile) dell'Aderente

**Il sottoscritto Aderente:**

Dichiaro di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificatamente l'articolo 15 Riscatto della posizione previdenziale - delle Condizioni generali di contratto.

.....  
Luogo e data di compilazione

.....  
Firma (leggibile) dell'Aderente



Consenso al trattamento ai sensi dell'art. 23 D.Lgs. 196/2003

a) Finalità assicurative di cui al punto 1) dell'Informativa.

Io sottoscritto/a, ricevuta e letta l'Informativa, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003, **presto il mio consenso** al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili, per le finalità assicurative:

Nome e Cognome/denominazione

Data e Firma

Contraente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assicurato \_\_\_\_\_

(se diverso dal Contraente)

\_\_\_\_\_

b) Ulteriori finalità di cui al punto 2) dell'Informativa.

Io sottoscritto/a, ricevuta e letta l'Informativa, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003 nonché dell'art. 58 del D.Lgs. 206/2005 (Codice del Consumo), **presto il mio specifico, libero e facoltativo consenso** al trattamento dei miei dati personali non sensibili

- |  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (i) per finalità di marketing, invio di materiale pubblicitario e vendita tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, in relazione a prodotti o servizi offerti dalla Società o a soggetti terzi.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ii) per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato ed effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (iii) per la comunicazione degli stessi ai soggetti terzi, i quali potranno a loro volta trattarli per finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, in relazione a prodotti o servizi propri od offerti da soggetti terzi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nome e Cognome/denominazione

Data e Firma

Contraente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SOGGETTO CHE VERSA IL CONTRIBUTO										
Cognome				Nome				Sesso	M	F
C.F.				Data di nascita						
Comune di nascita						Provincia di nascita				
Codice SOTTOGRUPPO				Codice GRUPPO/RAMO						
Indirizzo di residenza /Sede: via, numero civico										
C.A.P. di residenza			Località di residenza				Provincia di residenza			
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA; È VIETATO FISSARE IL DOMICILIO DI RAPPORTO PRESSO IL PROMOTORE FINANZIARIO										
Presso: via, numero civico										
C.A.P. di corrispondenza			Località di corrispondenza				Provincia di corrispondenza			
ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGETTO CHE VERSA IL CONTRIBUTO										
Tipo documento:				Numero documento						
Località di rilascio				Data di rilascio						
MODALITA' DI PAGAMENTO ALL'ATTO DELLA SOTTOSCRIZIONE										
CON BONIFICO CONTO DB			AGENZIA/ FILIALE			CODICE IBAN				
ASSEGNO BANCARIO/CIRCOLARE N°			BANCA EMITTENTE TRASATA			PIAZZA				
ADERENTE - DATI ANAGRAFICI										
Cognome				Nome				Sesso	M	F
C.F.		Professione		Data di nascita		Età	Anni	Mesi		
Comune di nascita						Provincia di nascita				
Indirizzo di residenza: via, numero civico										
C.A.P. di residenza			Località di residenza				Provincia di residenza			
ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DELL'ADERENTE										
Tipo documento: codice e descrizione				Numero documento						
Località di rilascio				Data di rilascio						
SPAZIO RISERVATO AL PROMOTORE FINANZIARIO O ALL'INCARICATO DELLA SEDE, PER IDENTIFICAZIONE E REGOLARITA' DELL'OPERAZIONE										
RETE _  _ CODICE _  _  _  _  _  _		COGNOME E NOME				FIRMA				

**CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO**

**Programma Pensione:** Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n. 5019

**COMPONENTE FINANZIARIA**

ZLAP Pension Obiettivo Mix       ZLAP Pension Bilanciato Euro       ZLAP Pension Azione Globale

**PRESTAZIONI ACCESSORIE**

L'aderente chiede l'attivazione delle seguenti coperture complementari:

**Copertura caso morte** per assicurato  
 fumatore       non fumatore

**Copertura Complementare infortuni caso morte**

**Copertura Complementare malattie gravi**

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_, \_\_\_\_

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_, \_\_\_\_

(indicare importo capitale assicurato)

(indicare importo capitale assicurato)

**Copertura Complementare Long Term Care**

**Copertura Complementare invalidità totale e permanente**

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_, \_\_\_\_

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_, \_\_\_\_

(indicare importo capitale assicurato)

(indicare importo capitale assicurato)

**Premio lordo versato all'atto della sottoscrizione della proposta**

**Spese di emissione**

DESIGNAZIONE BENEFICIARI	
BENEFICIARI CASO MORTE	<input type="checkbox"/> il coniuge in vita alla data del decesso dell'assicurato o in mancanza, i figli dell'assicurato, in parti uguali, in vita alla data del decesso dell'assicurato
	<input type="checkbox"/> gli eredi legittimi dell'assicurato in parti uguali <input type="checkbox"/> il contraente
<p><b>In caso di designazione di beneficiari diversi da quelli sopra indicati, il contraente deve allegare dichiarazione scritta indirizzata all'Impresa contenente le seguenti informazioni: dati anagrafici della persona/e designata/e (cognome e nome – denominazione sociale se persona giuridica – comune di nascita – sede legale se persona giuridica – data di nascita – indirizzo di residenza) e la percentuale di ripartizione della prestazione caso morte.</b></p>	

**DICHIARAZIONI dell'Aderente:**

- Dichiaro** che l'età pensionabile indicata è quella prevista dal regime previdenziale obbligatorio al quale appartengo.
- Mi impegno** a comunicare alla Compagnia, entro il 31 Dicembre dell'anno successivo, gli importi dei contributi per i quali non usufruirò della deduzione dell'imponibile in sede di dichiarazione dei redditi e l'importo di TFR conferito nell'anno di riferimento. Sono a conoscenza del fatto che solamente gli importi da me comunicati non concorreranno a formare la base imponibile per l'imposta gravante sulla prestazione al momento della sua erogazione.
- Dichiaro** di assumermi ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti.
- Dichiaro** di essere:
 

<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo o libero professionista	<input type="checkbox"/> lavoratore dipendente
<input type="checkbox"/> socio lavoratore cooperativa di produzione e lavoro	<input type="checkbox"/> altro (anche se non titolare di reddito da lavoro o di impresa)

L'aderente dichiara di partecipare a forme di previdenza complementare dal \_\_\_\_\_ (data di prima adesione)

.....  
 Luogo e data di compilazione

.....  
 Firma (leggibile) dell'Aderente

.....  
 Timbro e Firma (leggibile) dell'Intermediario

COPIA PER IL CLIENTE

Pagina 2 di 4

Zurich Life and Pensions S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Investments Life S.p.A.

Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano, Italia - Telefono +39.025966.1 - Fax +39.0259662603

Capitale sociale € 40.500.000 i.v. - Iscritta all'Albo Imprese ISVAP il 3/1/08 al n. 1.00100 ed appartenente al Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi ISVAP il 28.5.08 al n. 2

P. IVA/C.F.R.I. Milano 09893370156 - Imp. aut. con D.M. 1.10.1991 (G.U.14/10/1991 n. 241)

www.zurichlifeandpensions.it



**Modalità di pagamento del premio** - Il versamento del premio può essere effettuato tramite:

- assegno NON TRASFERIBILE intestato a Zurich Life and Pensions S.p.A.
- bonifico bancario su c/c intestato a Zurich Life and Pensions S.p.A., presso Deutsche Bank S.p.A.; che vi autorizzo a richiedere, per mio nome e conto, addebitando il c/c intrattenuto presso Deutsche Bank.

**Revoca della proposta e recesso del contratto**

Il contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto, mediante richiesta scritta inviata all'Impresa con lettera raccomandata A.R. contenente gli elementi identificativi della proposta. Le somme eventualmente anticipate dal contraente all'Impresa saranno restituite entro trenta giorni dalla ricezione della comunicazione scritta di revoca della proposta.

Entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto, il contraente può esercitare il diritto di recesso, mediante richiesta scritta inviata all'Impresa con lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto. Il recesso ha l'effetto di liberare il contraente e l'Impresa da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, con decorrenza dalle ore 24.00 del giorno di ricezione della comunicazione scritta di recesso. L'Impresa rimborsa quindi al contraente, entro trenta giorni dalla ricezione della richiesta scritta di recesso, l'importo del premio dovuto al netto delle eventuali di spese di emissione previste dal contratto. Tale importo è inoltre rettificato dell'eventuale differenza positiva o negativa tra il controvalore delle quote del fondo assegnate al contratto, calcolato in base al loro valore unitario riferito alla data di ricezione, da parte dell'Impresa, della richiesta di recesso, e il controvalore delle stesse quote, calcolato in base al loro valore unitario riferito al cosiddetto giorno di riferimento, così come definito nell'articolo "Intestamento del premio" e regole per la valorizzazione" delle Condizioni di Assicurazione.

**Il sottoscritto Aderente:**

1. Prende atto che il contratto si intende concluso il giorno in cui il contraente è informato dell'accettazione della proposta da parte dell'Impresa, a condizione che il premio dovuto dal contraente risulti esigibile per l'incasso e che il contraente stesso abbia sottoscritto il modulo di proposta, insieme all'assicurato, se persona diversa.
2. Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della seguente documentazione:
  - a) Regolamento
  - b) Condizioni generali di contratto
  - c) Nota informativa per i potenziali aderenti
  - d) Modulo di adesione che è parte integrante e necessaria della Nota informativa e di accettarla integralmente.
  - e) Progetto esemplificativo standardizzato
3. Dichiaro di aver ricevuto e preso visione delle informazioni sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti degli Aderenti.

.....  
Luogo e data di compilazione

.....  
Firma (leggibile) dell'Aderente

**Il sottoscritto Aderente:**

Dichiara di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificatamente l'articolo 15 Riscatto della posizione previdenziale - delle Condizioni generali di contratto.

.....  
Luogo e data di compilazione

.....  
Firma (leggibile) dell'Aderente



Consenso al trattamento ai sensi dell'art. 23 D.Lgs. 196/2003

a) Finalità assicurative di cui al punto 1) dell'Informativa.

Io sottoscritto/a, ricevuta e letta l'Informativa, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003, **presto il mio consenso** al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili, per le finalità assicurative:

Nome e Cognome/denominazione \_\_\_\_\_

Data e Firma \_\_\_\_\_

Contraente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assicurato \_\_\_\_\_

(se diverso dal Contraente)

\_\_\_\_\_

b) Ulteriori finalità di cui al punto 2) dell'Informativa.

Io sottoscritto/a, ricevuta e letta l'Informativa, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003 nonché dell'art. 58 del D.Lgs. 206/2005 (Codice del Consumo), **presto il mio specifico, libero e facoltativo consenso** al trattamento dei miei dati personali non sensibili

- |  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (i) per finalità di marketing, invio di materiale pubblicitario e vendita tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, in relazione a prodotti o servizi offerti dalla Società o a soggetti terzi.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ii) per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato ed effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (iii) per la comunicazione degli stessi ai soggetti terzi, i quali potranno a loro volta trattarli per finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, in relazione a prodotti o servizi propri od offerti da soggetti terzi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nome e Cognome/denominazione \_\_\_\_\_

Data e Firma \_\_\_\_\_

Contraente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SOGGETTO CHE VERSA IL CONTRIBUTO										
Cognome					Nome			Sesso	M	F
C.F.				Data di nascita						
Comune di nascita						Provincia di nascita				
Codice SOTTOGRUPPO					Codice GRUPPO/RAMO					
Indirizzo di residenza /Sede: via, numero civico										
C.A.P. di residenza			Località di residenza				Provincia di residenza			
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA; È VIETATO FISSARE IL DOMICILIO DI RAPPORTO PRESSO IL PROMOTORE FINANZIARIO										
Presso: via, numero civico										
C.A.P. di corrispondenza			Località di corrispondenza				Provincia di corrispondenza			
ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOGGETTO CHE VERSA IL CONTRIBUTO										
Tipo documento:					Numero documento					
Località di rilascio					Data di rilascio					
MODALITA' DI PAGAMENTO ALL'ATTO DELLA SOTTOSCRIZIONE										
CON BONIFICO CONTO DB			AGENZIA/ FILIALE				CODICE IBAN			
ASSEGNO BANCARIO/CIRCOLARE N°			BANCA EMITTENTE TRAS. DATA				PIAZZA			
ADERENTE - DATI ANAGRAFICI										
Cognome					Nome			Sesso	M	F
C.F.		Professione			Data di nascita		Età	Anni	Mesi	
Comune di nascita						Provincia di nascita				
Indirizzo di residenza: via, numero civico										
C.A.P. di residenza			Località di residenza				Provincia di residenza			
ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DELL'ADERENTE										
Tipo documento: codice e descrizione					Numero documento					
Località di rilascio					Data di rilascio					
SPAZIO RISERVATO AL PROMOTORE FINANZIARIO O ALL'INCARICATO DELLA SEDE, PER IDENTIFICAZIONE E REGOLARITA' DELL'OPERAZIONE										
RETE _ _   CODICE _ _ _ _ _		COGNOME E NOME				FIRMA				



**Modalità di pagamento del premio** - Il versamento del premio può essere effettuato tramite:

- assegno NON TRASFERIBILE intestato a Zurich Life and Pensions S.p.A.
- bonifico bancario su c/c intestato a Zurich Life and Pensions S.p.A., presso Deutsche Bank S.p.A.; che vi autorizzo a richiedere, per mio nome e conto, addebitando il c/c intrattenuto presso Deutsche Bank.

**Revoca della proposta e recesso del contratto**

Il contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto, mediante richiesta scritta inviata all'Impresa con lettera raccomandata A.R. contenente gli elementi identificativi della proposta. Le somme eventualmente anticipate dal contraente all'Impresa saranno restituite entro trenta giorni dalla ricezione della comunicazione scritta di revoca della proposta.

Entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto, il contraente può esercitare il diritto di recesso, mediante richiesta scritta inviata all'Impresa con lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto. Il recesso ha l'effetto di liberare il contraente e l'Impresa da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, con decorrenza dalle ore 24.00 del giorno di ricezione della comunicazione scritta di recesso. L'Impresa rimborsa quindi al contraente, entro trenta giorni dalla ricezione della richiesta scritta di recesso, l'importo del premio dovuto al netto delle eventuali di spese di emissione previste dal contratto. Tale importo è inoltre rettificato dell'eventuale differenza positiva o negativa tra il controvalore delle quote del fondo assegnate al contratto, calcolato in base al loro valore unitario riferito alla data di ricezione, da parte dell'Impresa, della richiesta di recesso, e il controvalore delle stesse quote, calcolato in base al loro valore unitario riferito al cosiddetto giorno di riferimento, così come definito nell'articolo "Intestamento del premio" e regole per la valorizzazione" delle Condizioni di Assicurazione.

**Il sottoscritto Aderente:**

1. Prende atto che il contratto si intende concluso il giorno in cui il contraente è informato dell'accettazione della proposta da parte dell'Impresa, a condizione che il premio dovuto dal contraente risulti esigibile per l'incasso e che il contraente stesso abbia sottoscritto il modulo di proposta, insieme all'assicurato, se persona diversa.
2. Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della seguente documentazione:
  - a) Regolamento
  - b) Condizioni generali di contratto
  - c) Nota informativa per i potenziali aderenti
  - d) Modulo di adesione che è parte integrante e necessaria della Nota informativa e di accettarla integralmente.
  - e) Progetto esemplificativo standardizzato
3. Dichiaro di aver ricevuto e preso visione delle informazioni sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti degli Aderenti.

.....  
Luogo e data di compilazione

.....  
Firma (leggibile) dell'Aderente

**Il sottoscritto Aderente:**

Dichiaro di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificatamente l'articolo 15 Riscatto della posizione previdenziale - delle Condizioni generali di contratto.

.....  
Luogo e data di compilazione

.....  
Firma (leggibile) dell'Aderente



Consenso al trattamento ai sensi dell'art. 23 D.Lgs. 196/2003

a) Finalità assicurative di cui al punto 1) dell'Informativa.

Io sottoscritto/a, ricevuta e letta l'Informativa, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003, **presto il mio consenso** al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili, per le finalità assicurative:

Nome e Cognome/denominazione \_\_\_\_\_

Data e Firma \_\_\_\_\_

Contraente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assicurato \_\_\_\_\_

(se diverso dal Contraente)

\_\_\_\_\_

b) Ulteriori finalità di cui al punto 2) dell'Informativa.

Io sottoscritto/a, ricevuta e letta l'Informativa, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003 nonché dell'art. 58 del D.Lgs. 206/2005 (Codice del Consumo), **presto il mio specifico, libero e facoltativo consenso** al trattamento dei miei dati personali non sensibili

- |  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (i) per finalità di marketing, invio di materiale pubblicitario e vendita tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, in relazione a prodotti o servizi offerti dalla Società o a soggetti terzi.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ii) per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato ed effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (iii) per la comunicazione degli stessi ai soggetti terzi, i quali potranno a loro volta trattarli per finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, in relazione a prodotti o servizi propri od offerti da soggetti terzi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nome e Cognome/denominazione \_\_\_\_\_

Data e Firma \_\_\_\_\_

Contraente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_