

Modulo A

Spettabile

Fondo Pensione del Gruppo UBI Banca della Banca Popolare di Bergamo

Fondo Pensione Complementare dei Lavoratori di Società del Gruppo UBI aderenti

Fondo Pensione per il personale della Banca Popolare di Ancona

Fondo Pensione Complementare per i dipendenti della Banca Regionale Europea S.p.A.

Fondo Pensioni Banca delle Marche

Fondo Pensione a contribuzione definita del Gruppo Intesa Sanpaolo

c/o **AON SpA**
FONDISP@AON.IT**OGGETTO: RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE COPERTURE ACCESSORIE**

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____, Genere M F

Data di nascita __/__/____, Luogo di nascita (città, provincia e stato) _____,

C.F. _____, residente in (indirizzo completo) _____

Tipo di documento identificativo _____ n. _____

data di emissione __/__/____, ente di rilascio _____;

dipendente di _____ Tel Ufficio _____

Cellulare (eventuale) _____ indirizzo e-mail privato (eventuale) _____

indirizzo e-mail Ufficio _____

in relazione all'accordo del 14/04/2021, relativo all'integrazione del Gruppo Ubi nel Gruppo Intesa Sanpaolo, con il quale le Parti hanno condiviso la volontà di avvalersi del Fondo Pensione a contribuzione definita del Gruppo Intesa Sanpaolo per continuare ad assicurare il trattamento pensionistico di previdenza complementare e la facoltà di aderire su base volontaria per il tramite del Fondo di appartenenza alle coperture assicurative accessorie per il caso morte e morte e invalidità permanente in essere presso il Fondo ISP a decorrere dal 1/01/2022

richiede di attivare la copertura accessoria prescelta e, a tal fine, autorizza

il Datore di Lavoro ad effettuare, all'atto del pagamento degli emolumenti contrattuali, la trattenuta in busta paga degli importi previsti nella tabella relativa ai "Capitali assicurati e Costi" riportata nelle istruzioni per la compilazione, di cui dichiara di avere preso visione. **Tale richiesta e autorizzazione si intenderà tacitamente rinnovata** di anno in anno **salvo mia diversa disposizione scritta** da trasmettere al Fondo ISP in base alle modalità dallo stesso specificate e confermo di essere a conoscenza del fatto che resta facoltà del Fondo ISP modificare Compagnia/Compagnie di assicurazione attraverso la/le quale/quali viene resa la copertura.

Il/La sottoscritto/a **dichiara** inoltre:

- di essere consapevole che i costi della copertura variano di anno in anno in funzione dell'età e, per le convenzioni a capitale variabile, anche in funzione dell'evoluzione dell'importo del capitale assicurato;
- di essere consapevole che il capitale derivante dalle prestazioni accessorie è corrisposto dalla Compagnia al fondo contraente, il quale provvederà a liquidarlo, in caso di invalidità all'iscritto stesso, in caso di decesso, agli eredi oppure ai diversi beneficiari dallo stesso designati;
- di essere consapevole che i dati personali comunicati saranno trattati esclusivamente ai fini dell'attivazione della copertura accessoria prescelta;
- di aver preso visione delle istruzioni per la compilazione, del contenuto delle Convenzioni n. 2019001 e 2019002 in essere presso il Fondo ISP, nonché dei relativi "Set informativi";
- che quanto riportato nel presente modulo, corrisponde a verità e si impegna a segnalare al Fondo ISP e al datore di lavoro eventuali discrepanze tra i dati riportati sul presente modulo ed i dati rilevabili dalla busta paga, in riferimento alla tipologia di copertura ed ai capitali assicurati.

SI INVIANO ALL'INDIRIZZO MAIL INDICATO, OLTRE AL PRESENTE MODULO I SEGUENTI DOCUMENTI

SE IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE LA DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE	SE NON IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE LA DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE O, COMUNQUE, IN CASO DI OPZIONE PER UN CAPITALE FISSO SUPERIORE A 250.000 €
<p style="text-align: center;"><i>In unico file formato PDF</i></p> <ul style="list-style-type: none">• copia leggibile di un documento d'identità in corso di validità;• il Modulo "B" <u>firmato in tutti i riquadri (A, B, C e D)</u>	<p style="text-align: center;"><i>In unico file formato PDF</i></p> <ul style="list-style-type: none">• "Questionario Anamnestico" firmato;• copia leggibile di un documento d'identità in corso di validità;• il Modulo "B" <u>firmato nei soli riquadri A, C e D;</u>

In fede

(Luogo e data)

(Firma)