

Modulo B

COMPILARE E INVIARE FIRMATO in un unico file FORMATO PDF, unitamente al modulo A e ad una copia leggibile del documento d'identità in corso di validità;

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

MODULO ADESIONE ALLE COPERTURE ACCESSORIE

(prima della sottoscrizione si raccomanda all'Assicurando di leggere le avvertenze, compilare integralmente e verificare l'esattezza delle dichiarazioni)

Riquadro A

Io sottoscritto/a: cognome _____ nome _____ nato/a il ____/____/____
 a _____ (Prov. _____) Cod.Fiscale _____

chiedo di aderire alla copertura assicurativa del rischio (barrare la casella di interesse):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> € 50.000 caso Morte (Comv. n. 2019001) | <input type="checkbox"/> € 50.000 caso morte + invalidità permanente (Comv. n. 2019002.) |
| <input type="checkbox"/> € 100.000 caso Morte (Comv. n. 2019001) | <input type="checkbox"/> € 100.000 caso morte + invalidità permanente (Comv. n. 2019002) |
| <input type="checkbox"/> € 150.000 caso Morte (Comv. n. 2019001) | <input type="checkbox"/> € 150.000 caso morte + invalidità permanente (Comv. n. 2019002) |
| <input type="checkbox"/> € 200.000 caso Morte (Comv. n. 2019001) | <input type="checkbox"/> € 200.000 caso morte + invalidità permanente (Comv. n. 2019002) |
| <input type="checkbox"/> € 250.000 caso Morte (Comv. n. 2019001) | <input type="checkbox"/> € 250.000 caso morte + invalidità permanente (Comv. n. 2019002) |
| <input type="checkbox"/> € 300.000 caso Morte (Comv. n. 2019001) | <input type="checkbox"/> € 300.000 caso morte + invalidità permanente (Comv. n. 2019002) |
| <input type="checkbox"/> € 350.000 caso Morte (Comv. n. 2019001) | <input type="checkbox"/> € 350.000 caso morte + invalidità permanente (Comv. n. 2019002) |
| <input type="checkbox"/> € 400.000 caso Morte (Comv. n. 2019001) | <input type="checkbox"/> € 400.000 caso morte + invalidità permanente (Comv. n. 2019002) |
| <input type="checkbox"/> Capitale Variabile caso Morte (Comv. n. 2019001) | <input type="checkbox"/> Capitale Variabile caso morte + invalidità permanente (Comv. n. 2019002) |

Dichiaro di conoscere le condizioni di cui alla convenzione prescelta stipulata tra Elips Life ("Società") ed il Fondo Pensione a contribuzione definita del Gruppo Intesa Sanpaolo, nonché di aver ricevuto i relativi Set Informativi (comprensivi delle Condizioni di Assicurazione) allegate e:

- ✓ acconsento a norma del disposto dell'articolo 1919 del Codice Civile all'assicurazione medesima;
- ✓ prendo atto che il beneficio dell'assicurazione medesima è attribuito in Convenzione al Contraente stesso;

VALUTAZIONE DEL RISCHIO:

- ✓ dichiaro di essere consapevole che, al fine di non pregiudicare il diritto alle prestazioni assicurative, è interesse dell'Assicurato non tacere elementi rilevanti per l'esatta valutazione, da parte della Società, del rischio relativo alla presente assicurazione, anche ai fini degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

AVVERTENZE:

Dichiaro di aver preso visione delle seguenti avvertenze, da tenere in considerazione all'adesione all'assicurazione e in ogni caso al momento della compilazione del "Questionario Anamnestico":

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti relative a informazioni rese dall'Assicurato e richieste per l'inserimento in assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del Questionario (ove previsto), il soggetto di cui al presente Riquadro A deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

L'Assicurando _____

 Firma

Data _____

Riquadro B – DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Consapevole della rilevanza ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società a norma degli articoli 1892 e 1893 del C.C., dichiaro di **non** essere titolare di pensione d'invalidità e di **non** avere in corso pratiche di riconoscimento dell'invalidità; dichiaro, altresì, di essere di sana e robusta costituzione ed esente da malattie in atto e di non aver sofferto negli ultimi sei mesi di gravi malattie o aver riportato lesioni.

L'Assicurando _____

 Firma

Data _____

N.B. Nel caso in cui l'assicurando non sia in grado di sottoscrivere la dichiarazione di Buono stato di salute sopra riportata, oppure abbia chiesto di aderire alla copertura del rischio per un capitale fisso superiore a 250.000 € è necessario compilare e firmare il "Questionario Anamnestico" e inviarlo unitamente al presente Modulo di adesione all'indirizzo mail sopra indicato, in formato PDF.

Riquadro C - CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL REG. UE 2016/679 (GDPR)

Preso atto dell'Informativa Privacy del Contraente, di Elips Life Ltd e di AON SpA di seguito allegate, di cui al Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR") e delle ulteriori norme applicabili (tra cui il Decreto Legislativo 196/2003, come modificato dal Decreto Legislativo 101/2018),

 presto il consenso
 nego il consenso

al trattamento dei miei dati sensibili per le finalità ivi descritte, da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'Informativa (appartenenti alla cd Catena Assicurativa delle Compagnie che prestano le garanzie assicurative, della Catena di intermediazione del Broker che gestisce le attività tra il Fondo e la Compagnia Assicurativa ed alla Catena Operativa del Fondo Pensione), funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice, nonché alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali.

Avvertenza: l'acquisizione dei dati personali, comuni e sensibili, è necessaria ad AON SpA ed a Elips Life Ltd per adempiere alle finalità descritte nel paragrafo B) dell'Informativa Privacy. L'eventuale Suo rifiuto a fornire le informazioni richieste e/o il mancato consenso al loro trattamento comporta l'impossibilità di procedere alla Sua assunzione in copertura e/o alla liquidazione di un eventuale sinistro.

L'Assicurando _____

Data _____

 **Firma**
Riquadro D – INFORMATIVA SUI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Dichiaro di aver preso visione della seguente Informativa:

Tipologia di costo

Qualora l'Assicurato sostenga in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi versati dal Contraente, i costi suddetti risulteranno, in misura corrispondente, a carico dell'Assicurato stesso. Grava direttamente sull'Assicurato anche il costo della visita medica (quando richiesta) e degli accertamenti sanitari eventualmente effettuati. La visita medica, se richiesta, deve essere di norma effettuata dal medico curante dell'Assicurato; pertanto, il relativo onere non è quantificabile a priori.

Onere

Quota parte media a Intermediari

ASSENZA INTERMEDIARI

Caricamento in percentuale del premio

///

Importo fisso dovuto in aggiunta al premio della posizione individuale

Euro 0

///

L'Assicurando _____

Data _____

 **Firma**