

Modulo attivazione rendita

Da compilarsi e sottoscrivere a cura dell'Aderente

DATI ANAGRAFICI ASSICURATO

Cognome e Nome		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Codice Fiscale	Data di nascita		
Comune di nascita	Prov./Nazionalità		
Indirizzo di residenza	CAP	e-mail	
Comune di residenza	Provincia		
Indirizzo di recapito (se diverso dalla residenza)	CAP	e-mail	
Comune di recapito (se diverso dalla residenza)	Provincia		

PERIODICITÀ DELLA RENDITA

mensile trimestrale semestrale annuale

In caso di scelta di rendita LTC sarà mensile

RENDITA SCELTA

A. RENDITA VITALIZIA IMMEDIATA

B. RENDITA CERTA PER 5 ANNI E SUCCESSIVAMENTE VITALIZIA - Beneficiari designati:

Cognome e Nome
Indirizzo
Telefono
Mail
Codice fiscale
Sesso

C. RENDITA CERTA PER 10 ANNI E SUCCESSIVAMENTE VITALIZIA - Beneficiari designati:

Cognome e Nome
Indirizzo
Telefono
Mail
Codice fiscale
Sesso

D. RENDITA REVERSIBILE - Dati anagrafici reversionario:

(N.B. Una volta chiesta la rendita il reversionario non potrà più essere modificato e deve aver compiuto 35 anni)

Cognome e Nome
Indirizzo
Telefono
Mail
Codice fiscale
Sesso
_____ % di reversibilità (tra 50 e 100%)

E. RENDITA CONTROASSICURATA - Beneficiari designati:

Cognome e Nome
Indirizzo
Telefono
Mail
Codice fiscale
Sesso

F. RENDITA LTC

In caso di scelta della rendita LTC la rateazione sarà mensile

Si accettano le condizioni contrattuali indicate nel Regolamento del Fondo Pensione e suoi allegati.

La rendita sarà erogata in via posticipata secondo la rateazione richiesta a decorrere dalla data di versamento del premio unico alla compagnia a cura di Anima SGR, che avverrà entro 3 mesi dalla richiesta di prestazione completa di tutti gli allegati e la documentazione richiesta.

Si attesta che le dichiarazioni sono esatte e complete e si è consapevoli che l'inesatta indicazione dei dati dell'Aderente o della testa reversionaria comporta la rettifica dell'importo delle rate di rendita dovute e/o di quelle eventualmente già corrisposte. L'Aderente è consapevole che dovrà fornire annualmente il certificato di esistenza in vita.

Data _____ Firma _____

Allegare copia del documento di identità in corso di validità