



**MODULO DI APERTURA DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA PER OGNI SINGOLO BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA IN FORMA DI RENDITA**

**CONTRAENTE**

<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>Codice Fiscale</b>	
<b>INDIRIZZO</b>	<b>n° civico</b>	
<b>LOCALITA'</b>	<b>Prov.</b>	<b>Cap</b>
<b>REFERENTE</b>	<b>Tel.</b>	
<b>Data decorrenza rendita **</b>	<b>e-mail</b>	

**DATI PERSONALI DELL' ASSICURATO**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Sesso (M/F)</b>
<b>Nato a</b>	<b>Prov.</b>	il ___ / ___ / ___
<b>Residente a</b>	<b>Prov.</b>	<b>Cap</b>
<b>Via</b>	<b>Tel.</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	<b>e-mail</b>	
<b>Documento di riconoscimento:</b>		
<input type="checkbox"/> carta d'identità <input type="checkbox"/> patente <input type="checkbox"/> passaporto <input type="checkbox"/> porto d'armi <input type="checkbox"/> tessera ministeriale		
n° _____ rilasciato da _____ luogo e data _____		

**In relazione alla scelta effettuata di :  % RENDITA,**

**L'ASSICURATO RICHIEDE :**

(In caso di scelta totale o parziale della prestazione in rendita, barrare la RENDITA VITALIZIA RIVALUTABILE scelta )

1	<input type="checkbox"/>	RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico
2	<input type="checkbox"/>	RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico certa *per 5 anni e successivamente vitalizia * (vedi beneficiari designati)
3	<input type="checkbox"/>	RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico certa *per 10 anni e successivamente vitalizia *( vedi beneficiari designati)
4	<input type="checkbox"/>	RENDITA vitalizia immediata reversibile a premio unico con uno o più reversionari , con la facoltà dell'aderente di optare per una percentuale di reversibilità <input type="text"/> % (compresa tra il tra il 50% e il 100%) ° ( vedi reversionario)
5	<input type="checkbox"/>	RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico con controassicurazione in caso di decesso dell'assicurato * (vedi beneficiari designati)

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349  
 Capitale Sociale i.v. Euro 1.996.129.451,62 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469  
 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

**PERIODICITA' DELLA RENDITA**

1  annuale    2  semestrale    3  quadrimestrale    4  trimestrale    5  bimestrale    6  mensile

**SCELTA TASSO TECNICO**

0%                       1%                       2%                       2,5%                       ,

**MODALITA' DI PAGAMENTO RATE DI RENDITA**

**COORDINATE BANCARIE**

Accredito sul c/c \_\_\_\_\_ presso Banca \_\_\_\_\_ contraddistinto dalle seguenti coordinate IBAN :  
 codice IBAN \_\_\_\_\_  
 Intestato a \_\_\_\_\_

**\* DATI PERSONALI DEL BENEFICIARIO O REVERSIONARIO**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Sesso (M/F)</b>
<b>Nato a</b>	<b>Prov.</b>	il ___ / ___ / ____
<b>Residente a</b>	<b>Prov.</b>	<b>Cap</b>
<b>Via</b>	<b>Tel.</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	<b>e-mail</b>	

**Documento di riconoscimento:**

carta d'identità ,  patente ,  passaporto,  porto d'armi ,  tessera ministeriale,

n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ luogo e data \_\_\_\_\_

**COORDINATE BANCARIE**

Accredito sul c/c \_\_\_\_\_ presso Banca \_\_\_\_\_ contraddistinto dalle seguenti coordinate IBAN :  
 codice IBAN \_\_\_\_\_  
 Intestato a : \_\_\_\_\_

**UnipolSai Assicurazioni S.p.A.**



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349  
 Capitale Sociale i.v. Euro 1.996.129.451,62 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469  
 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

**NOTE**

Il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria esclusiva responsabilità è consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi. Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CUD, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo /Compagnia in convenzione, unitamente alle comunicazioni e ai conteggi di liquidazione della prestazione previdenziale.

Firma dell'assicurato .....data .....

Firma del responsabile del Fondo Pensione .....data .....

**\*ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

- ✓ °**REVERSIONARI** : in caso di scelta della rendita **REVERSIBILE** indicare i dati della persona destinataria della rendita reversibile (i reversionari indicati all'atto della presente richiesta non sono successivamente modificabili).
- ✓ **\*BENEFICIARI**: in caso di scelta delle rendite certa 5 o certa 10 anni indicare i dati della persona destinataria della rendita per il periodo residuo , in caso di decesso del percettore prima dei 5 o 10 anni . Il beneficiario può essere modificato in qualsiasi momento e l'ultima designazione sostituisce tutte le precedenti.  
In caso di rendita vitalizia immediata rivalutabile a premio unico con controassicurazione, il beneficiario può essere modificato dall'assicurato in qualsiasi momento e l'ultima designazione sostituisce tutte le precedenti. Qualora i beneficiari/reversionari fossero più di uno (compilare un modulo per ogni beneficiario), in assenza di quota in percentuale si ripartirà in parti uguali.
- ✓ **Allegare copia del documento d'identità e del codice fiscale del percettore, del beneficiario o del reversionario.**
- ✓ **\*\*Data decorrenza rendita è la data in cui è stata richiesta al Fondo l'attivazione di rendita per la determinazione della data effetto erogazione ( vedi art.5 pagamento rendita in convenzione).**
- ✓ **Compilare e firmare il modulo in allegato per il trattamento dei dati (privacy).**

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

**Unipol**  
GRUPPO

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349  
Capitale Sociale i.v. Euro 1.996.129.451,62 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it