



Mia Pensione

Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Fondo Pensione iscritto all'Albo COVIP al n. 5091

MODULO DI ADESIONE

AVVERTENZE: L'adesione deve essere preceduta dalla consegna e presa visione delle "Informazioni chiave per l'aderente". La nota informativa, il regolamento e le condizioni generali di contratto sono disponibili sul sito www.axa.it. Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'aderente.

CODICE TARIFFA		Cod. Conv.		Modulo di adesione N°	
Data Operazione	Tipo rapporto	Agenzia		Codice	Operatore

DATI ANAGRAFICI DELL'ADERENTE

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Data di nascita	Luogo di nascita			Provincia					
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia	C.A.P.			
Nazione di residenza		Professione		Tipo Documento		N°			
Rilasciato il		Ente emittente		Luogo Emissione (Prov.)					
Nazione di Cittadinanza 1		Nazione di Cittadinanza 2 (eventuale)		Reddito ultimo disponibile <input type="checkbox"/> Fino a 50.000€ <input type="checkbox"/> Tra 50.001€ e 100.000€ <input type="checkbox"/> Superiore a 100.000€					
Settore	SAE	RAE		ATECO					
Indirizzo di recapito (se diverso dalla residenza)			Comune di recapito (se diverso dalla residenza)		Provincia	C.A.P.	Nazione		
Titolo di studio		<input type="checkbox"/> elementare	<input type="checkbox"/> licenza media inferiore	<input type="checkbox"/> diploma professionale	<input type="checkbox"/> diploma media superiore	<input type="checkbox"/> diploma universitario/laurea triennale	<input type="checkbox"/> laurea/laurea magistrale	<input type="checkbox"/> specializzazione post-laurea	<input type="checkbox"/> nessuno
e-mail					Recapito telefonico				
Desidero ricevere la corrispondenza <input type="checkbox"/> In formato elettronico via e-mail <input type="checkbox"/> In formato cartaceo all'indirizzo di recapito									

DATI DEL SOGGETTO VERSO IL QUALE L'ADERENTE RISULTA FISCALMENTE A CARICO (EVENTUALE)

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita	Luogo di nascita			Provincia			
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia	C.A.P.	
Nazione di residenza		Professione		Tipo Documento		N°	
Rilasciato il		Ente emittente		Luogo Emissione (Prov.)			
Nazione di Cittadinanza 1		Nazione di Cittadinanza 2 (eventuale)		e-mail		Recapito telefonico	
Indirizzo di recapito (se diverso dalla residenza)			Comune di recapito (se diverso dalla residenza)		Provincia	C.A.P.	Nazione

DATI DEL DATORE DI LAVORO

Denominazione Azienda		Partita IVA		Codice Fiscale		
Indirizzo della sede legale			Comune della sede legale		Provincia	C.A.P.
e-mail					Recapito telefonico	

ESECUTORE: Tutore legale Curatore Firmatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Data di nascita	Luogo di nascita			Provincia					
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia	C.A.P.			
Nazione di residenza		Nazione di Cittadinanza 1		Nazione di Cittadinanza 2 (eventuale)		Professione			
Tipo Documento		N°		Rilasciato il		Ente emittente		Luogo Emissione (Prov.)	

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Capitale Sociale € 211.168.625 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 - Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 - Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

CODICE TARIFFA	Cod. Conv.	Modulo di adesione N°
----------------	------------	-----------------------

BENEFICIARI DEL RISCATTO DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE IN CASO DI PREMORIENZA DELL'ADERENTE

Eredi legittimi o testamentari
 Beneficiari:

1. Nominativo/Ragione Sociale (in caso di ente)	Codice Fiscale	Percentuale di Beneficio _____%
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Luogo e data di nascita	
2. Nominativo/Ragione Sociale (in caso di ente)	Codice Fiscale	Percentuale di Beneficio _____%
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Luogo e data di nascita	
3. Nominativo/Ragione Sociale (in caso di ente)	Codice Fiscale	Percentuale di Beneficio _____%
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Luogo e data di nascita	
4. Nominativo/Ragione Sociale (in caso di ente)	Codice Fiscale	Percentuale di Beneficio _____%
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Luogo e data di nascita	
5. Nominativo/Ragione Sociale (in caso di ente)	Codice Fiscale	Percentuale di Beneficio _____%
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Luogo e data di nascita	

Si ricorda che in forza dell'art. 14, comma 3, del d.lgs. 252/05 in caso di decesso dell'iscritto prima della maturazione dei requisiti per la prestazione possono presentare domanda di riscatto gli eredi ovvero i diversi beneficiari, persone fisiche o giuridiche, designati dall'iscritto. In mancanza di tali soggetti la posizione verrà devoluta a finalità sociali secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali. È possibile indicare uno o più beneficiari della prestazione, precisando nella casella "Percentuale di beneficio" la percentuale della prestazione che si intende attribuire a ciascuno.

DATI DI ADESIONE

Data sottoscrizione _____ Tipo adesione: A) in forma INDIVIDUALE SENZA apporto di TFR (trattamento di fine rapporto)
 B) in forma INDIVIDUALE CON apporto di TFR (trattamento di fine rapporto)

Tipologia lavoratore: Dipendente privato Dipendente pubblico Lav. Autonomo/libero professionista Fiscalmente a carico Altro

Data di prima iscrizione alla previdenza complementare _____

Qualifica di "vecchio" o "nuovo" iscritto a Fondi Pensione: Vecchio Nuovo non lavoratore

N.B.: si intende "vecchio" iscritto il soggetto che alla data del 28/4/1993 aveva già aderito ad un Fondo Pensione e successivamente non ha riscattato la relativa posizione previdenziale. Si intende "nuovo" iscritto il soggetto che ha aderito a Fondi Pensione dopo il 28/4/1993 oppure il vecchio iscritto che dopo tale data ha riscattato la posizione previdenziale accesa prima della medesima data.

DATI CONTRIBUZIONE

PERIODICITÀ CONTRIBUZIONE
 Annuale: Semestrale: Trimestrale: Mensile:

CONTRIBUTI VERSATI DIRETTAMENTE DALL'ADERENTE
 Contributo individuale annuo totale: Euro _____ da corrispondere con la periodicità sopra indicata
 Primo Contributo (alla sottoscrizione del modulo di adesione) _____ Euro
 Versamento Aggiuntivo alla sottoscrizione del modulo di adesione _____ Euro

CONTRIBUTI VERSATI DAL DATORE DI LAVORO (solo per Lavoratori Dipendenti)
 CONTRIBUTO TFR SI NO Se SI indicare la percentuale di TFR destinato al fondo:%
 CONTRIBUTO DATORE DI LAVORO SI NO
 CONTRIBUTO LAVORATORE SI NO

CODICE TARIFFA	Cod. Conv.	Modulo di adesione N°
----------------	------------	-----------------------

PRECEDENTE FONDO PENSIONE

L'aderente risulta attualmente iscritto alla seguente forma pensionistica:

(da indicare solo in caso di precedente adesione ad altro fondo pensione per la quale non sia stato effettuato il riscatto):

Denominazione della Forma pensionistica di provenienza	Azienda istitutrice della Forma pensionistica di provenienza	Data adesione	
Comune della Sede Legale	Indirizzo Sede Legale	C.A.P.	Provincia
N. albo COVIP	Recapito telefonico	Indirizzo e-mail	

Dichiaro di aver ricevuto la SCHEDA DEI COSTI inserita nel documento "INFORMAZIONI CHIAVE PER L'ADERENTE" della forma pensionistica alla quale risulterò attualmente iscritto e di averla restituita sottoscritta per presa visione.

Dichiaro di non aver ricevuto la SCHEDA DEI COSTI inserita nel documento "INFORMAZIONI CHIAVE PER L'ADERENTE" della forma pensionistica alla quale risulterò attualmente iscritto*.

*Non è prevista la consegna della Scheda dei costi solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.

Si richiede il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica cui già si aderisce al PIP "MIA PENSIONE" Sì No
Per realizzare il trasferimento della posizione dall'altro fondo al PIP "MIA PENSIONE" l'aderente deve compilare il modulo standard reperibile sul sito del Fondo di provenienza.

OPZIONE DI INVESTIMENTO

Si consiglia di effettuare la scelta dell'opzione di investimento dopo aver compilato il Questionario di autovalutazione riportato più avanti.

Linee di investimento	Categoria	Ripartizione %
GESTIRIV PREVIDENZA	Garantita	
Previdenza Euro Small Cap	Azionaria	
Previdenza Megatrend	Azionaria	

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

- Conoscenza dei fondi pensione
 - ne so poco
 - sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare finanziario o assicurativo
 - ho una conoscenza dei diversi tipi di fondi pensione e delle principali tipologie di prestazioni
- Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione
 - non ne sono al corrente
 - so che le somme versate non sono liberamente disponibili
 - so che le somme sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge
- A che età prevede di andare in pensione?
_____ anni
- Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)?
_____ per cento
- Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il sito *web* ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")?
 sì
 no
- Ha verificato il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa?
 sì
 no

CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

Per trarre indicazioni sulla congruità della opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9

- Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)
 - Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)
 - Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)
 - Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3)
 - non so/non rispondo (punteggio 1)
- Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
 - 2 anni (punteggio 1)
 - 5 anni (punteggio 2)
 - 7 anni (punteggio 3)
 - 10 anni (punteggio 4)
 - 20 anni (punteggio 5)
 - Oltre 20 anni (punteggio 6)
- In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?
 - Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)

- Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
- Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

PUNTEGGIO OTTENUTO.....

Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta fra le diverse opzioni di investimento offerte dal fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione.

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del comparto	<ul style="list-style-type: none"> - Garantito - Obbligazionario Puro - Obbligazionario Misto 	<ul style="list-style-type: none"> - Obbligazionario Misto - Bilanciato 	<ul style="list-style-type: none"> - Bilanciato - Azionario

La scelta di un percorso life-cycle (o comparto data target) è congrua rispetto a qualunque punteggio ottenuto dal Questionario di autovalutazione. In caso di adesione a più comparti, la verifica di congruità sulla base del Questionario non risulta possibile: l'aderente deve, in questi casi, effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.

Luogo e data _____

L'aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Firma _____

[in alternativa]

L'aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Firma _____

CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

L'Aderente ha diritto di recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla Conclusione dello stesso.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della polizza, ed indirizzata alla Compagnia (rif. Pension Insurance) eventualmente per il tramite del Soggetto Incaricato del collocamento. La Compagnia rimborserà, entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta di Recesso la somma dei seguenti importi:

- la parte premio versata e destinata alla Gestione Interna Separata;
- il controvalore delle Quote sia in caso di incremento che di decremento delle stesse, maggiorato di tutti i costi applicati sul premio, per quanto riguarda la parte investita in Fondi Assicurativi Interni.

La Data di disinvestimento sarà il primo Giovedì successivo alla data di ricevimento, da parte della Compagnia, della richiesta di Recesso.

Nel caso in cui la Compagnia riceva tale richiesta di Giovedì, il calcolo sarà effettuato ai valori del Giovedì della settimana successiva.

CONDIZIONI DI SOTTOSCRIZIONE

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto il documento 'Informazioni chiave per l'aderente' e il documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata;
- di aver sottoscritto il 'Questionario di Autovalutazione'
- che le informazioni contenute nel presente Modulo di Adesione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite;
- di aver preso atto della revocabilità del presente Modulo di Adesione e della possibilità di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione dello stesso.

In considerazione delle caratteristiche del Contratto, si evidenzia che quest'ultimo si conclude e decorre il primo Giovedì successivo al giorno di sottoscrizione del presente Modulo di Adesione debitamente compilato a condizione che sia stato corrisposto il Premio e che il Modulo di Adesione sia stato ricevuto dalla Compagnia. Qualora la data di sottoscrizione sia un giovedì, il Contratto si concluderà e decorrerà dal giovedì della settimana successiva.

La sottoscrizione del Modulo di Adesione deve essere effettuata con contestuale versamento del Premio.

Dichiarazione di conformità dell'adesione alle modalità di raccolta: la presente adesione è stata raccolta in ottemperanza alle disposizioni della Deliberazione Covip del 25 maggio 2016, pubblicata su G.U. del 14 giugno 2016 n. 137.

In particolare:

- Si sono osservate le disposizioni normative e regolamentari in vigore
- L'adesione è stata proposta con correttezza, diligenza e trasparenza
- Sono state fornite informazioni di agevole comprensione con particolare riguardo alle informazioni contenute nella sezione «Informazioni chiave per l'aderente» e sull'Indicatore sintetico dei costi (ISC)
- Sono state fornite informazioni coerenti con la sezione «Informazioni chiave per l'aderente» e con le altre sezioni della Nota informativa
- È stata richiamata l'attenzione sul documento "La mia pensione complementare, versione standardizzata" redatto in conformità alle istruzioni della Covip, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire
- È stata prospettata la possibilità di simulazioni personalizzate sul sito web della Compagnia
- È stata data evidenza della mancanza di contributo datoriale in caso di collocamento di un fondo diverso da quello collettivo
- Non sono state celate, minimizzate o occultate avvertenze importanti
- Gli adempimenti connessi alla raccolta delle adesioni sono stati compiuti tempestivamente
- È stata verificata l'identità dell'aderente, la correttezza e completezza del presente Modulo di adesione prima di raccogliergli la sottoscrizione

La Nota informativa, i documenti dalla stessa menzionati, il Regolamento del fondo e le Condizioni Generali di Contratto sono disponibili sul sito web della Compagnia www.axa.it nella sezione dedicata al prodotto.

Tali documenti verranno consegnati in formato cartaceo solo su espressa richiesta dell'aderente.

Si ricorda che è possibile simulare "La mia pensione complementare" mediante il motore di calcolo disponibile sul sito web della Compagnia.

Il presente Modulo di Adesione costituirà la base del contratto che la Compagnia emetterà al ricevimento dello stesso.

In seguito all'avenuta conclusione del Contratto la Compagnia invierà all'Aderente una lettera di Conferma entro 7 giorni lavorativi dalla data di incasso del premio di perfezionamento, in caso contrario il presente Modulo dovrà considerarsi annullato e privo di effetto.

Le firme apposte in calce si intendono quindi valide a tutti gli effetti per la conclusione del rapporto contrattuale.

Luogo e data _____

Firma dell'incaricato _____

Firma dell'Aderente/Esecutore _____

CODICE TARIFFA	Cod. Conv.	Modulo di adesione N°
----------------	------------	-----------------------

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.axa.it.

Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Nome e Cognome Aderente data e firma

Nome e Cognome Esecutore data e firma

Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di:

- Attività promozionali e di vendita** di prodotti e/o servizi AXA e di società appartenenti allo stesso Gruppo SI NO
- Ricerche di mercato e rilevazioni statistiche** relative ai prodotti e/o servizi di AXA di società appartenenti allo stesso Gruppo, e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi SI NO
- Attività promozionali, di vendita e ricerche di mercato relative a prodotti e servizi di società partner** SI NO

Luogo e data Aderente

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI PREMI

I mezzi di pagamento ammessi sono i seguenti:

- assegno (circolare, bancario o postale) o vaglia (cambiarario, postale o telegrafico), sempre intestato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ovvero all'Intermediario ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A.") e munito di clausola di non trasferibilità, accettato salvo buon fine;
- bonifico, indicando nella causale il n° di polizza (se non conosciuto, il n° di proposta), con valuta pari a quella della banca ordinante;
- bollettino postale da utilizzarsi secondo le modalità previste dalla legge intestato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ovvero all'Intermediario ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A.");
- moneta elettronica (carta di credito, carta di debito, POS - bancomat -).

Non è consentito per questo tipo di polizza effettuare pagamenti in contanti (banconote e monete metalliche).

ATTENZIONE: Il presente documento non costituisce quietanza di pagamento e non impegna la Compagnia alla successiva accettazione ed emissione del contratto di polizza

AUTORIZZAZIONE DI ADEBITO SU CONTO CORRENTE delle DISPOSIZIONI SEPA DIRECT DEBIT – Importo Prefissato

<table border="1"> <tr><td style="text-align: center;">CODICE MANDATO</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;">NOME E COGNOME DELL'ADERENTE</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;">CODICE FISCALE DELL'ADERENTE</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;">NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;">CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>I T 8 7 Y 0 1 0 0 0 0 0 0 9 0 2 1 7 0 0 1 8</td></tr> </table>	CODICE MANDATO		NOME E COGNOME DELL'ADERENTE		CODICE FISCALE DELL'ADERENTE		NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA		CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE		I T 8 7 Y 0 1 0 0 0 0 0 0 9 0 2 1 7 0 0 1 8	<table border="1"> <tr><td style="text-align: center;">INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Cognome.....</td></tr> <tr><td>Nome</td></tr> <tr><td>Indirizzo</td></tr> <tr><td>Comune CAP</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;">IBAN DEL CONTO DA ADEBITARE</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE		Cognome.....	Nome	Indirizzo	Comune CAP		IBAN DEL CONTO DA ADEBITARE		
CODICE MANDATO																						
NOME E COGNOME DELL'ADERENTE																						
CODICE FISCALE DELL'ADERENTE																						
NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA																						
CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE																						
I T 8 7 Y 0 1 0 0 0 0 0 0 9 0 2 1 7 0 0 1 8																						
INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE																						
Cognome.....																						
Nome																						
Indirizzo																						
Comune CAP																						
IBAN DEL CONTO DA ADEBITARE																						

Il sottoscritto autorizza:

- l'Azienda di Credito ad eseguire il versamento periodico, addebitando il conto sopraindicato
- AXA Assicurazioni a disporre in via continuativa

di operazioni SDD ad importo prefissato a Euro e prende atto che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 11/2010, non sussiste la condizione di esercitare il diritto di rimborso dell'addebito, ferma restando la possibilità di chiedere alla propria azienda di Credito di revocare l'operazione fino alla data in cui il pagamento è dovuto.

Si precisa che l'importo del presente mandato è stato arrotondato all'unità superiore per esigenze gestionali. L'effettivo addebito sarà in ogni caso pari al premio di rata di polizza.

Firma

Nota: I diritti del debitore, sottoscrittore del presente mandato e riguardanti l'autorizzazione sopra riportata, sono indicati nella documentazione ottenibile dall'Azienda di Credito.