

MODULO PER LA SCELTA DELLA TIPOLOGIA DI RENDITA
1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Data di nascita:	
Comune di nascita:		Prov. ()	
Indirizzo di residenza:			
Comune di residenza:		Prov. ()	
CAP:		Sesso:	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
Tel.:		Cell.	
e-mail:			
c/c Bancario presso:		Iban:	

2. SCELTA DELLA TIPOLOGIA DI RENDITA

- a) Rendita Vitalizia immediata rivalutabile, non reversibile
 b) Rendita Vitalizia immediata rivalutabile, reversibile
 c1) Rendita immediata rivalutabile certa per i primi 15 anni e successivamente vitalizia, non reversibile
 c2) Rendita immediata rivalutabile certa per i primi 20 anni e successivamente vitalizia, non reversibile
 d) Rendita Vitalizia immediata rivalutabile, non reversibile, con contro-assicurazione
 e) Rendita Vitalizia reversibile con maggiorazione in caso di non autosufficienza (Long Term Care)

Per tutti i dettagli sulla natura e tipologia delle rendite si rimanda al "Documento sulle Rendite", alla "Convenzione con Generali S.p.A." e al "Set Informativo Generali Italia S.p.A." disponibili sul sito www.fondenel.com.

3. SCELTA DELLA FREQUENZA DI EROGAZIONE DELLA RENDITA

- Annuale
 Semestrale
 Trimestrale
 Mensile

Data:/...../.....

Firma dell'aderente: _____

ALLEGATO 1 - DA COMPILARE IN CASO DI SCELTA DI RENDITA REVERSIBILE

NB: Il presente allegato deve essere compilato solo se al punto 2. del presente "Modulo per la scelta della tipologia di rendita" hai scelto la rendita sub b) oppure la rendita sub e). In quest'ultimo caso deve essere compilato solo se hai scelto di applicare la reversibilità alla rendita vitalizia (si ricorda che la maggiorazione data dalla attivazione della garanzia Long Term Care non è reversibile).

4. SCELTA DELLA PERCENTUALE DI REVERSIBILITA'

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 100% | <input type="checkbox"/> 70% |
| <input type="checkbox"/> 90% | <input type="checkbox"/> 60% |
| <input type="checkbox"/> 80% | <input type="checkbox"/> 50% |

5. DATI DEL REVERSIONARIO

Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Data di nascita:	
Comune di nascita:		Prov.:	()
Indirizzo di residenza:			
Comune di residenza:		Prov.:	()
CAP:		Sesso:	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
Tel.:		Cell.	
e-mail:			

Data:/...../.....

Firma dell'aderente: _____

ALLEGATO 2 - DA COMPILARE IN CASO DI SCELTA DI RENDITA CONTROASSICURATA

NB: Il presente allegato deve essere compilato solo se al punto 2. del presente "Modulo per la scelta della tipologia di rendita" hai scelto la rendita sub d) (Rendita Vitalizia immediata rivalutabile, non reversibile, con contro-assicurazione).

6. SOGGETTI DESIGNATI IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO PRINCIPALE
6.1 DESIGNAZIONE DEGLI EREDI LEGITTIMI

Il sottoscritto chiede che la posizione residua in caso di decesso sia devoluta ai propri eredi legittimi

6.2 DESIGNAZIONE ESPLICITA DI ALTRI SOGGETTI

Il sottoscritto chiede che la posizione residua in caso di decesso sia devoluta ai soggetti sottoelencati:

DESIGNATO 1 (persona fisica)			
Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Data di nascita:	
Comune di nascita:		Prov.:	()
Indirizzo di residenza:			
Comune di residenza:		Prov.:	()
CAP:		Sesso:	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
Tel.:		Cell.:	
e-mail:		% di riscatto:	

DESIGNATO 2 (persona fisica)			
Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Data di nascita:	
Comune di nascita:		Prov.:	()
Indirizzo di residenza:			
Comune di residenza:		Prov.:	()
CAP:		Sesso:	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
Tel.:		Cell.:	
e-mail:		% di riscatto:	

DESIGNATO 3 (persona fisica)			
Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Data di nascita:	
Comune di nascita:		Prov.:	()
Indirizzo di residenza:			
Comune di residenza:		Prov.:	()
CAP:		Sesso:	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
Tel.:		Cell.:	
e-mail:		% di riscatto:	

DESIGNATO 4 (persona fisica)			
Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Data di nascita:	
Comune di nascita:		Prov.:	()
Indirizzo di residenza:			
Comune di residenza:		Prov.:	()
CAP:		Sesso:	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
Tel.:		Cell.:	
e-mail:		% di riscatto:	

DESIGNATO 5 (persona giuridica)			
Società/Associazione:		Partita IVA:	
Codice Fiscale:			
Sede in:			
Comune:		Prov.:	()
CAP:			
Tel.:		Cell.:	
e-mail:		% di riscatto:	

Data:/...../.....

Firma: _____