
Cornèr Banca SA

**Formulario di sottoscrizione per
l'assicurazione di rischio con obiettivo di
risparmio abbinata al conto di previdenza
vincolata Cornèr3 presso la Fondazione di
Previdenza Cornèr Terzo Pilastro**

N. _____
Relazione

Signor Signora (la «Persona assicurata»)

Cognome e Nome

Indirizzo di domicilio

Data di nascita

Nazionalità

Stato civile

Telefono mobile

E-mail

Premio annuo:

0,132% del capitale assicurato in
caso di decesso*
+ commissione di gestione annuale
di CHF 35.00

No. conto di previdenza: _____
(di seguito detto
«il conto di previdenza»)

Inizio dell'assicurazione:

Il prima possibile, come da conferma di accettazione

**Obiettivo di risparmio
desiderato:**

Sono affiliato/a ad una cassa
pensione (II. Pilastro)

Non sono affiliato/a ad una cassa pensione
(II. Pilastro) (attività indipendente)

CHF 100'000

CHF 200'000

CHF 150'000

CHF 300'000

CHF 200'000

CHF 400'000

CHF 250'000

CHF 500'000

* Il capitale assicurato in caso di decesso corrisponde all'importo inferiore tra (i) l'obiettivo di risparmio desiderato detratto l'aver di risparmio depositato sul conto di previdenza al 31 dicembre dell'anno precedente, o (ii) l'importo massimo annuale che per legge la Persona assicurata può versare nella previdenza vincolata 3a, moltiplicato per il numero di anni di differenza tra l'età di tale persona al 1° gennaio dell'anno assicurativo corrispondente e l'età di pensionamento ordinaria stabilita dalla legge AVS.

1. Sì, sottoscrivo l'adesione al contratto di assicurazione collettiva vita tra la Swiss Life AG, General-Guisan Quai 40, 8022 Zürich (di seguito detta «Swiss Life») e la Cornèr Banca SA, Via Canova 16, 6901 Lugano (di seguito detta «la Banca»). La contraente dell'assicurazione e debitrice dei premi, ossia partner contrattuale dell'assicuratore Swiss Life, è la Banca, alla quale pago il premio annuo. La copertura assicurativa viene stipulata per garantire che ai sensi della convenzione di previdenza summenzionata i beneficiari ricevano un importo pari all'obiettivo di risparmio desiderato nel caso in cui io deceda a seguito di malattia e/o infortunio prima di raggiungere (i) l'obiettivo di risparmio desiderato sul conto di previdenza e (ii) l'età di pensionamento ordinaria stabilita dalla legge AVS. La copertura assicurativa non offre tuttavia alcuna protezione del capitale versato sul conto di previdenza né garantisce il versamento dell' avere previdenziale qualora si verifichi un caso di previdenza o venga risolto l'accordo previdenziale. I beneficiari della prestazione di assicurazione sono solamente le persone individuate come tali in base all'ordine dei beneficiari del conto di previdenza (inclusi eventuali beneficiari speciali ai sensi dell'art. 2 cpvv. 2 e 3 OPP3), e più precisamente nella stessa percentuale di quella che riguarda l' avere depositato sul conto di previdenza. I beneficiari non vantano alcun diritto diretto nei confronti di Swiss Life. I diritti alle prestazioni di assicurazione devono essere rivendicati tramite la Banca in veste di contraente dell'assicurazione ai sensi del contratto di assicurazione collettiva vita.
2. Sono consapevole che l'assicurazione di rischio con obiettivo di risparmio non costituisce una forma di pilastro 3a e che i pagamenti dei premi e le eventuali prestazioni assicurative versate non sono soggetti agli stessi principi e privilegi fiscali dei versamenti e dei pagamenti che avvengono nei limiti previdenziali della convenzione di previdenza.
3. Confermo di aver ricevuto l'informativa per i clienti conformemente alla LCA e le condizioni generali di assicurazione (CGA). Ne ho preso atto, approvo e sono d'accordo con il contenuto. Le CGA stabiliscono l'estensione della mia copertura assicurativa unitamente alla presente dichiarazione di adesione e alla conferma di accettazione.
4. Dichiaro di aver compiuto il 17° anno di età e di non raggiungere in meno di un anno l'età di pensionamento ordinaria ai sensi della legge AVS; dichiaro inoltre di non essere parzialmente o totalmente invalido ai sensi dell'assicurazione federale per l'invalidità né di aver presentato domanda per la riscossione di prestazioni dell'assicurazione federale per l'invalidità, infortuni o militare. Sono consapevole del fatto che, in caso di indicazioni non veritiere, possono essere applicate le disposizioni relative alle conseguenze di reticenze conformemente alla Legge sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908.
5. Ai fini di verificare l'obbligo di prestazione (inclusa la verifica delle condizioni di accettazione secondo le CGA), con la presente esonero dal loro obbligo di mantenere il segreto professionale i medici, il personale sanitario, i collaboratori o gli incaricati di ospedali, altre strutture sanitarie, case di cura, assicuratori di persone, casse malati nonché di associazioni professionali e autorità che sono menzionati nei documenti presentati per il caso di prestazione o che sono stati coinvolti nel trattamento terapeutico.
6. Acconsento alla raccolta, trattamento, trasmissione e memorizzazione dei dati necessari al disbrigo di questa assicurazione da parte della Banca e di Swiss Life. Per il disbrigo dell'assicurazione i miei dati possono essere trasmessi ad altre società del gruppo della Banca o di Swiss Life all'interno della Svizzera e all'estero. I miei dati possono quindi essere trattati in paesi la cui legislazione in vigore non garantisce un'adeguata tutela degli stessi. Acconsento espressamente che Swiss Life e la Banca siano autorizzate a stabilire liberamente di volta in volta e a loro diligente discrezione se trasmettere e trattare i dati in ambito nazionale o estero. Acconsento inoltre che la Banca e la Fondazione di Previdenza Cornèr Terzo Pilastro possano in ogni momento consegnare a Swiss Life o alla Banca, in modo spontaneo e senza ulteriore autorizzazione da parte mia, tutta la documentazione e le informazioni relative al mio conto di previdenza che sono necessarie per il disbrigo dell'assicurazione (in particolare per calcolare il premio e un'eventuale prestazione di assicurazione nonché per stabilire i beneficiari); a tal proposito rinuncio espressamente e incondizionatamente, ove necessario, alla tutela prevista dalla legge svizzera sul segreto bancario (art. 47 LBCR) e dalla legislazione svizzera sulla protezione dei dati. I dati interessati sono in particolare i miei dati personali, l'indirizzo, i dati personali e gli indirizzi dei beneficiari, il numero di conto, gli estratti conto e le notifiche di versamenti e prelievamenti.
7. Sono stato informato della possibilità di cessare la copertura assicurativa alla fine di ogni anno tramite comunicazione scritta, inviata alla Banca, Via Canova 16, 6901 Lugano, rispettando un termine di preavviso di 3 mesi.
8. Sono consapevole del fatto che la presente sottoscrizione di adesione costituisce una mera richiesta che diventa vincolante solo nel momento in cui la Banca mi invia la relativa conferma di accettazione.
9. Infine confermo la mia disponibilità a pagare alla Banca il premio annuo e la commissione di gestione annuale (la quale è dovuta per intero anche in caso di adesione o uscita in corso d'anno).

Luogo e Data

Firma