

1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'aderente, o degli eredi/beneficiari)

Cognome: _____ Nome: _____
 Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ____ / ____ / ____
 Comune di nascita: _____ Prov.: _____ Tel.: _____
 Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ Comune di residenza: _____ Prov.: _____
 Email: _____ CELLULARE: _____

2. OPZIONE PRESCELTA per l'erogazione della posizione individuale

A **EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA** (è obbligatorio compilare l'allegato 1).

B) RISCATTO parziale nella misura del **50,00 %** a causa di uno dei seguenti motivi (barrare una sola casella):

- B.1 Cessazione dell'attività lavorativa con disoccupazione non inferiore ad 1 anno e non superiore a 4 anni
 B.2 Ricorso da parte dell'azienda a procedure di mobilità, CIG/CIGS a zero ore di durata non inferiore a 12 mesi, art. 4 L. 92/2012 (c.d. esodo incentivato)

C) RISCATTO totale a causa di uno dei seguenti motivi (barrare una sola casella):

- C.1 Cessazione dell'attività lavorativa con **disoccupazione superiore a 4 anni**
 C.2 **Invalidità** permanente che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo
 C.3 **Decesso** dell'aderente

D) RISCATTO per cause diverse (barrare solo la misura richiesta) 50% 70% 100%

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

A) L'aderente ha **cessato l'attività lavorativa** per:

- Volontà delle parti (dimissioni, licenziamento, risoluzione consensuale, cambio inquadramento per passaggio a dirigente,)
 Causa indipendente dalla volontà delle parti [mobilità, fallimento, fondo esuberi, art. 4 L. 92/2012 (c.d. esodo incentivato),]

B) L'aderente raggiunge il **pensionamento** (ovvero raggiunge i requisiti accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza)

C) **Decesso** dell'aderente

Contributi non dedotti non ancora comunicati (ultimo anno) € _____

4. COORDINATE BANCARIE

ATTENZIONE: NON E' AMMESSO IL CODICE IBAN DERIVANTE DA LIBRETTO POSTALE

Codice **IBAN**: _____
 (compilare INTEGRALMENTE) Cod.Paese Cod.Controllo CIN ABI (5 caratteri numerici) CAB (5 caratteri numerici) Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)
 Banca e Filiale: _____ Intestato a: _____

5. DICHIARAZIONI

- A. Il sottoscritto dichiara di aver preso visione della propria situazione contributiva e delle istruzioni allegate al presente modulo e di aver ricevuto l'informativa in materia di protezione dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679;
- B. Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che riscattando totalmente la posizione previdenziale individuale viene meno il requisito dell'iscrizione al Fondo Pensione che è un elemento indispensabile per la richiesta d'intervento del Fondo di Garanzia INPS (art. 5 del d.lgs. n. 80 del 92, disciplinato dalla Circolare INPS n. 23 del 22/02/2008), istituito contro il rischio derivante dall'omesso o insufficiente versamento da parte del datore di lavoro insolvente, in esito ad una delle procedure indicate all'art. 1 del d.lgs. n. 80 del 1992, dei contributi dovuti alle forme di previdenza complementare;
- C. Il sottoscritto dichiara di accettare di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CU, che gli verrà spedito per posta dal Fondo unitamente ai conteggi di liquidazione della posizione previdenziale e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro un mese dalla data di accredito dell'importo erogato (in caso di pagamento tramite bonifico) o di ricezione dell'assegno;
- D. **Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' consapevole, altresì, 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.**

DATA COMPILAZIONE: ____ / ____ / ____

FIRMA DELL'ADERENTE: _____ 

6. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA (compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

Denominazione azienda: _____
 Quota esente fino al 31/12/2000: € _____ ABBATTIMENTO BASE IMPONIBILE FINO AL 31/12/2000 (SOLO "NUOVI ISCRITTI"): € _____
 * Data cessazione rapporto di lavoro: ____ / ____ / ____ ** Sospensione rapporto per CIG/CIGS a zero ore dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
 *** Data cessazione dell'obbligo contributivo al Fondo Pensione (da compilare solo in costanza del rapporto di lavoro): ____ / ____ / ____

Timbro e firma del datore di lavoro: _____

1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

Devono essere riportati i **dati anagrafici** dell'aderente anche in caso di **decesso** del medesimo. In questo caso il modulo deve essere sottoscritto da uno degli aventi diritto al riscatto ed inoltrato al Fondo Pensione unitamente al modulo "Dati personali degli eredi/beneficiari", debitamente compilato e sottoscritto dagli aventi diritto.

2. OPZIONE PRESCELTA (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

NB: **Le 4 opzioni consentite sono tra loro alternative: Qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato.** Per avere maggiori dettagli sulla fiscalità applicabile alle erogazioni dei fondi pensione è necessario fare riferimento alla normativa in vigore e consultare il "Documento sul regime fiscale"

A) EROGAZIONE PRESTAZIONE PENSIONISTICA Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabilite nel regime obbligatorio di appartenenza, con **almeno 5 anni di partecipazione** alle Forme Pensionistiche Complementari. Le prestazioni pensionistiche **possono essere erogate in capitale, secondo il valore attuale, fino ad un massimo del 50%: la parte residua deve essere erogata in forma di rendita.** Per la parte della prestazione in forma di rendita, devono essere fornite informazioni richieste circa la tipologia, la frequenza di erogazione e l'eventuale % di reversibilità, allegando copia di un documento di identità del/i reversionario/i.

AVVERTENZE per i "vecchi iscritti": Per i "vecchi iscritti" che OPTANO per l'erogazione del 100% capitale viene automaticamente applicato il regime più favorevole introdotto dal D.Lgs.252/2005. In tal senso, viene erogato in forma capitale il 100% del montante fino al 31/12/2006, mentre al montante accumulato a partire dal 2007 si applica la nuova disciplina che prevede (ove ricorrono le condizioni) l'erogazione del 50% in forma capitale e del restante 50% in rendita. L'erogazione del 50% in rendita è obbligatoria solo nel caso in cui la rendita ipotetica derivante dalla conversione di almeno il 70% del montante finale maturato a partire dal 1° gennaio 2007 risulti superiore al 50% dell'assegno sociale. Il Fondo informerà preventivamente l'iscritto qualora parte della prestazione debba essere erogata sotto forma di rendita. Resta salva la possibilità per il "vecchio iscritto" di richiedere la liquidazione dell'intera prestazione in capitale applicandosi in tal caso il regime tributario (penalizzante) vigente alla data del 31/12/2006.

AVVERTENZE per i "nuovi iscritti": Per i "nuovi iscritti" la prestazione va erogata in forma capitale fino ad un massimo del 50%. Per i "nuovi iscritti" che scelgono di ricevere il 100% della prestazione in capitale, sarà cura del Fondo accertarne la fattibilità (attraverso verifica che la rendita ipotetica derivante dalla conversione di almeno il 70% del montante finale risulti inferiore al 50% dell'assegno sociale). Il Fondo informerà preventivamente l'iscritto qualora parte della prestazione debba essere erogata sotto forma di rendita; in caso contrario procederà direttamente con l'erogazione al 100% in forma capitale.

Il diritto al riscatto si ha qualora vengano meno i requisiti di partecipazione al Fondo.

B) il RISCATTO parziale può essere richiesto, nella misura del 50% della posizione individuale maturata, nei casi di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi, ovvero in caso di ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria di durata (quantomeno definita *ex ante*) non inferiore a 12 mesi.

C) il RISCATTO totale può essere richiesto per i casi di decesso o invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di 1/3. Può essere richiesto inoltre a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi;

D) il RISCATTO per cause diverse può essere richiesto per cause diverse dai casi sopra esposti. Si tratta p.e. dei casi di cessazione dell'attività lavorativa con disoccupazione inferiore ad 1 anno, ovvero di cessazione dell'attività lavorativa con una permanenza nelle forme pensionistiche complementari per meno di 5 anni. Il riscatto della posizione previdenziale, nell'ipotesi di lavoratori interessati dai benefici previsti dall'art. 4 della Legge 92/2012 (cd. "esodo incentivato") può avvenire richiedendo in successione disinvestimento ed erogazione del primo 50% della posizione a titolo di riscatto parziale (ai sensi dell'art. 14 comma 2 del d. lgs. 252/2005) e del residuo 50% a titolo di riscatto per cause diverse (ai sensi dell'art. 14 comma 5 del d. lgs. 252/2005).

NOTA BENE: *In caso di riscatto per cause diverse viene liquidata all'aderente la posizione maturata interamente o parzialmente, applicando il conseguente regime fiscale, che è meno favorevole rispetto ai casi precedenti. Il riscatto parziale può essere esercitato una sola volta in relazione a uno stesso rapporto di lavoro.*

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

NOTA BENE: Questa sezione non deve essere compilata dall'aderente che richieda, in costanza del rapporto di lavoro, il riscatto totale a causa di Invalidità permanente.

A) CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA Si ricorda che il cambiamento dell'attività lavorativa assume rilevanza nel solo caso di passaggio a settore diverso da quelli previsti per l'iscrizione al Fondo Pensione. In caso di anticipata risoluzione del rapporto di lavoro, bisogna precisare sempre il motivo della cessazione (influisce sul regime fiscale applicabile). La cessazione del rapporto di lavoro per volontà delle parti può individuarsi, oltre che nei casi indicati, in tutti i casi di interruzione volontaria. La cessazione del rapporto di lavoro per causa indipendente dalla volontà delle parti può invece individuarsi, oltre che nei casi indicati, nella sopravvenuta inabilità totale al lavoro, nel caso in cui l'azienda passi ad un settore diverso da quelli previsti per l'iscrizione al Fondo Pensione o in altri casi di interruzione involontaria.

B) CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI. In questa situazione l'iscritto non cessa il rapporto di lavoro ed ha facoltà di richiedere il riscatto parziale.

C) PENSIONAMENTO - L'aderente ha i requisiti per percepire la pensione erogata dal regime obbligatorio di appartenenza.

D) DECESSO - Il decesso dell'aderente va segnalato dagli eredi ovvero dai beneficiari.

Contributi non dedotti - Entro il 31/12 dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi. Qualora l'aderente maturi il diritto alla prestazione prima di tale data, la comunicazione deve essere resa contestualmente alla richiesta, indicando l'ammontare dei contributi non dedotti versati al Fondo Pensione nell'ultimo anno e/o frazione d'anno che non siano già stati comunicati in precedenza. Non devono essere indicati gli eventuali contributi versati a favore di familiari fiscalmente a carico.

4. COORDINATE BANCARIE (IBAN) (compilazione a cura dell'aderente)

Vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto presso cui deve essere effettuato il bonifico di pagamento. E' indispensabile riportare tutti i codici dell' **IBAN** come riportati nell'estratto conto che periodicamente si riceve dalla propria banca.

5. DICHIARAZIONI

A. L'aderente riceve annualmente informazioni sulla posizione contributiva attraverso la Comunicazione Periodica e può seguire l'andamento della stessa accedendo all'area riservata del sito web.

B. Contro il rischio derivante dall'omesso o parziale versamento della contribuzione dovuta al Fondo Pensione da parte del datore di lavoro, è stato istituito presso l'INPS un apposito Fondo di Garanzia le cui modalità d'intervento sono disciplinate dalla Circolare INPS n. 23 del 22/02/2008. L'accesso al Fondo di Garanzia è consentito solo ai lavoratori che, al momento della presentazione della domanda, risultino iscritti al Fondo pensione. La richiesta di riscatto totale della posizione previdenziale, prima della presentazione della domanda, determina la perdita del diritto di accesso al Fondo di Garanzia. Il riscatto parziale (50% o 70%) consente di mantenere attiva la posizione e di conseguenza il diritto a richiedere l'intervento del Fondo di Garanzia.

6. DATI DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA (compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

Quota esente - Su quanto maturato entro il 31/12/2000 è l'ammontare totale dei contributi versati al Fondo dall'aderente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. Qualora l'importo della quota esente fosse uguale ai contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000 indicare "100%". Qualora la quota esente non venga comunicata, il Fondo Pensione considererà esenti tutti i contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000.

Abbattimento base imponibile - Su quanto maturato entro il 31/12/2000 si determina nella misura di L.600.000 (€ 309,87) per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla percentuale di TFR versato. Da indicare esclusivamente per i "nuovi iscritti".

Si precisa inoltre che il Fondo non può riconoscere in sede di liquidazione la franchigia di € 309,87 (o la parte di essa spettante) per quelle quote di TFR con competenza relativa all'annualità 2000, ma il cui versamento effettivo al Fondo sia avvenuto successivamente al 01/01/2001; in questo caso l'abbattimento può essere integralmente riconosciuto dal datore di lavoro, ferma restando la necessità di segnalare l'eventuale quota residua che il Fondo può riconoscere.

NOTA BENE: L'abbattimento/riduzione va ripartito, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il Fondo Pensione, e la coerenza tra l'abbattimento applicato dall'azienda con quello applicato dal Fondo (su segnalazione dell'azienda) è verificata dall'Agenzia delle Entrate sulle rispettive dichiarazioni 770. La comunicazione da parte del datore di lavoro del relativo importo è necessaria per consentire al Fondo Pensione il calcolo corretto della base imponibile: qualora non venga comunicato, il Fondo Pensione non riconoscerà alcun abbattimento all'aderente.

***Data cessazione rapporto di lavoro:** - Indicare la data in cui il lavoratore ha cessato l'attività lavorativa.

****Sospensione rapporto per CIG/CIGS a zero ore:** In caso di sospensione del rapporto di lavoro per Cassa integrazione guadagni a zero ore, inserire la data di inizio e la data di cessazione.

*****Data cessazione dell'obbligo contributivo al Fondo Pensione** - N.B.: Questo campo va compilato solo nei casi in cui non si realizza l'interruzione del rapporto di lavoro (ad es.: nei casi di richiesta riscatto per invalidità permanente, variazione CCNL, promozione a dirigente).

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE

In caso di liquidazione per decesso dell'aderente, gli eredi/beneficiari dovranno compilare le sezioni 1, 2 e 3 del modulo e far compilare al datore di lavoro la sezione 6.

Inoltre ciascun erede/beneficiario dovrà compilare la propria scheda anagrafica "Dati dell'erede/beneficiario".

Insieme alla modulistica andrà presentata la seguente documentazione:

1. Certificato di morte in originale;
2. Fotocopia fronte/retro di un valido documento di identità e del codice fiscale (per ogni richiedente);
3. In caso di richiesta da parte degli eredi legittimi (coniuge, figli..) **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà in originale, con autenticazione della sottoscrizione da parte di un pubblico ufficiale** (ad. es.: Funzionario del Comune, Notaio..), ove si attesti che i richiedenti sono gli unici aventi diritto alla liquidazione della posizione individuale del deceduto, non avendo quest'ultimo effettuato disposizioni testamentarie; ovvero in caso di richiesta da parte degli eredi testamentari copia autentica del testamento; ovvero in caso di richiesta da parte dei beneficiari designati documentazione idonea a comprovare la propria designazione, ove la stessa non sia già in possesso del Fondo;
4. Provvedimento del giudice tutelare a riscuotere somme in nome e per conto di soggetti minori.

DATI DELL'EREDE/ BENEFICIARIO RICHIEDENTE

Cognome:																Nome:																													
Codice Fiscale:	<input type="text"/>															Sesso:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Data di nascita:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>																									
Comune di nascita:	<input type="text"/>															Prov:	<input type="text"/>			Tel.:	<input type="text"/>																								
Indirizzo di residenza:	<input type="text"/>															CAP:	<input type="text"/>			Comune di residenza:	<input type="text"/>			Prov.:	<input type="text"/>																				
Email:	<input type="text"/>															cellulare:	<input type="text"/>																												
Status:	<input type="checkbox"/> Beneficiario designato															<input type="checkbox"/> Erede testamentari															<input type="checkbox"/> Erede legittimo (specificare):(es. coniuge, figlio, etc.)														
Codice IBAN :	<input type="text"/>															<input type="text"/>															<input type="text"/>														
(compilare INTEGRALMENTE)	Cod.Paese Cod.Controllo CIN			ABI (5 caratteri numerici)					CAB (5 caratteri numerici)					Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)																															
Banca e Filiale:	<input type="text"/>															Intestato a:	<input type="text"/>																												

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità:

Che quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.

Che non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulle presenti schede.

Che vuole ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CU, che gli verrà spedito per posta dal Fondo unitamente ai conteggi di liquidazione della posizione.

Che autorizza il Fondo Pensione Fon.Te. al trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione.

E' consapevole, altresì, 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..

Firma: _____ 

DATI DELL'EREDE/ BENEFICIARIO

Cognome:																Nome:																													
Codice Fiscale:	<input type="text"/>															Sesso:	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Data di nascita:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>																									
Comune di nascita:	<input type="text"/>															Prov:	<input type="text"/>			Tel.:	<input type="text"/>																								
Indirizzo di residenza:	<input type="text"/>															CAP:	<input type="text"/>			Comune di residenza:	<input type="text"/>			Prov.:	<input type="text"/>																				
Email:	<input type="text"/>															cellulare:	<input type="text"/>																												
Status:	<input type="checkbox"/> Beneficiario designato															<input type="checkbox"/> Erede testamentari															<input type="checkbox"/> Erede legittimo (specificare):(es. coniuge, figlio, etc.)														
Codice IBAN :	<input type="text"/>															<input type="text"/>															<input type="text"/>														
(compilare INTEGRALMENTE)	Cod.Paese Cod.Controllo CIN			ABI (5 caratteri numerici)					CAB (5 caratteri numerici)					Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)																															
Banca e Filiale:	<input type="text"/>															Intestato a:	<input type="text"/>																												

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità:

Che quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.

Che non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulle presenti schede.

Che vuole ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CU, che gli verrà spedito per posta dal Fondo unitamente ai conteggi di liquidazione della posizione.

Che autorizza il Fondo Pensione Fon.Te. al trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione.

E' consapevole, altresì, 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..

Firma: _____ 

ALLEGATO 1

EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA (compilazione a cura dell'aderente)

Il sottoscritto, presa visione del documento sull'erogazione della rendita, degli allegati e delle istruzioni per la compilazione, richiede l'erogazione della prestazione pensionistica (barrare una delle seguenti opzioni):

100% rendita 100% capitale (vedi **AVVERTENZE**) 50% capitale - 50% rendita capitale % - rendita %

AVVERTENZE: Per i "vecchi iscritti" (iscritti alle Forme Pensionistiche Complementari prima del 29/04/1993) che OPTANO per l'erogazione 100% capitale verrà automaticamente applicato il regime introdotto dal D.Lgs. 252/2005. Per i "nuovi iscritti" (iscritti dopo il 28/04/1993) NON è invece prevista la possibilità di optare per diversi regimi fiscali. Il Fondo informerà preventivamente l'iscritto qualora parte della prestazione debba essere erogata sotto forma di rendita, in caso contrario procederà direttamente con l'erogazione al 100% in forma capitale. Si vedano le ISTRUZIONI per ulteriori dettagli.

Nel solo caso di richiesta di erogazione totale o parziale di una rendita pensionistica, indicarne la tipologia nella sezione sottostante

Frequenza di erogazione rendita: mensile trimestrale semestrale annuale Percentuale di reversibilità:%

Cognome e nome reversionario/i:

(allegare fotocopia documento di identità)

Altre opzioni (ove consentite):

(NOTA BENE: Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, con almeno 5 anni di partecipazione alle Forme Pensionistiche Complementari)

In caso di scelta – totale o parziale – della prestazione pensionistica in rendita, barrare una delle seguenti opzioni:

- Opzione A** – Rendita vitalizia immediata
 Opzione B* – Rendita certa 5 anni
 Opzione C* – Rendita certa 10 anni
 Opzione D* – Rendita reversibile (percentuale di reversibilità:%)
 Opzione E* – Rendita controassicurata
 Opzione F – Rendita LTC

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'erogazione della prestazione pensionistica. E' consapevole, altresì, 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 CU, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo unitamente ai conteggi di liquidazione della posizione previdenziale e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro un mese dalla data di accredito dell'importo erogato (in caso di pagamento tramite bonifico) o di ricezione dell'assegno.

Data Compilazione: / /

Firma: _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

SCelta DELLA RENDITA

Opzione A – Vitalizia immediata: Rendita annua percepita dall'iscritto finché è in vita;

Opzione B – Certa 5 anni: Rendita annua percepita dall'iscritto finché è in vita, ovvero dal beneficiario fino al quinto anniversario della decorrenza della posizione individuale se si verifica il decesso dell'iscritto prima di tale anniversario;

Opzione C – Certa 10 anni: Rendita annua percepita dall'iscritto finché è in vita, ovvero dal beneficiario fino al decimo anniversario della decorrenza della posizione individuale se si verifica il decesso dell'iscritto prima di tale anniversario;

Opzione D – Reversibile : Rendita annua percepita dall'iscritto finché è in vita, ovvero, se si verifica il decesso dell'iscritto, dal reversionario superstite – nella percentuale di reversibilità prestabilita – finché è in vita;

Opzione E – Controassicurata: Rendita annua percepita dall'iscritto finché è in vita. In caso di decesso dell'iscritto, è previsto il pagamento al beneficiario del capitale annuo (calcolato come la differenza, se positiva, tra il premio versato per la posizione individuale – moltiplicato il rapporto fra la rata di rendita in vigore per l'anno in corso e quella iniziale – e la rata di rendita in vigore moltiplicata per il numero delle rate già scadute);

Opzione F – LTC (Long Term Care): Rendita annua percepita dall'iscritto finché è in vita, con raddoppio in caso di perdita di autosufficienza.

FREQUENZA DI EROGAZIONE

Le rendite sono posticipate, dunque la prima rata è erogata al termine del periodo prescelto.

Prima di effettuare la scelta, controllare sulla Nota Informativa e sul Documento sull'Erogazione della Rendita, le caratteristiche delle varie tipologie di rendita. Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi al Call Center o direttamente al Fondo.

Data Compilazione: / /

Firma _____

ESONERO DI RESPONSABILITA' NEL CASO IN CUI L'ISCRITTO NON ABBAIA UN CONTO CORRENTE PER L'ACCREDITO DELL'IMPORTO DOVUTO

SPETT.LE
FONDO PENSIONE FON.TE.

CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE, IO SOTTOSCRITTO/A.....
NATO/A..... PROVINCIAIL..... .CODICE FISCALE.....

RICHIEDO

CHE IL FONDO PENSIONE FON.TE. PROVVEDA AL PAGAMENTO DELLE MIE SPETTANZE MEDIANTE ASSEGNO
CIRCOLARE NON TRASFERIBILE DA INVIARE TRAMITE SERVIZIO POSTALE AL SEGUENTE INDIRIZZO:

NOME.....COGNOME.....
VIA/PIAZZA.....N.....CITTA'.....
.....PROV.....CAP.....

NON DISPONENDO DI UN CONTO CORRENTE BANCARIO E/O POSTALE SUL QUALE POSSA ESSERE CORRISPONTO QUANTO A ME DOVUTO DAL FONDO A SEGUITO
DELLA RICHIESTA DI **RISCATTO/PRESTAZIONE** DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE MATURATA, ESPRESSAMENTE MANIFESTO IL MIO CONSENSO
AFFERMANDO CHE BENCHÉ SIA STATO RESO BEN EDOTTO DA PARTE DEL FONDO DEI RISCHI CONNESSI ALLA SPEDIZIONE, A MEZZO POSTA, DELL'ASSEGNO
CIRCOLARE NON TRASFERIBILE SIA PER IL RITARDO CHE PER L'EVENTUALE SOTTRAZIONE DELL'ASSEGNO STESSO,

DICHIARO

DI ESONERARE IL FONDO DA OGNI RESPONSABILITÀ COMUNQUE CONNESSA ALL'INVIO DELL'ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE, A MEZZO SERVIZIO
POSTALE, RESTANDO INTESO SIN D'ORA CHE, OGNI ECCEZIONE RIMOSSA, IO SOTTOSCRITTO MI OBBLIGO AD ASSUMERE PERSONALMENTE OGNI
CONSEGUENZA, ADOPERANDOMI PERSONALMENTE PRESSO IL SERVIZIO POSTALE E PRESSO OGNI ALTRA AUTORITÀ, SOPPORTANDONE ANCHE I RELATIVI
COSTI E ONERI DI OGNI SPECIE, SIA NELL'ESPLETAMENTO RICHIESTO E DI OGNI SUCCESSIVO ADEMPIMENTO, MA ANCHE IN PARTICOLAR MODO PER LA
SUCCESSIVA FASE DELLA PROCEDURA DI AMMORTAMENTO DEL TITOLO DI CREDITO SOTTRATTO (O SMARRITO) E NELLE EVENTUALI RELATIVE CAUSE DI
OPPOSIZIONE DA PARTE DI TERZI, O COMUNQUE CONNESSE ALLA SOTTRAZIONE E/O ALLA PERDITA DEL TITOLO DI CREDITO, OBBLIGANDOMI QUINDI A FARE
TUTTO QUANTO SARÀ RITENUTO NECESSARIO AFFINCHÉ, DA PARTE DEL FONDO, POSSA ESSERE DISPOSTA UNA NUOVA PROCEDURA DI PAGAMENTO.

LUOGO E DATA

FIRMA

Dichiarazione sostitutiva di certificazione data prima iscrizione Previdenza Complementare

(ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/la Sottoscritto/a _____

C.F. _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

Indirizzo di residenza: _____

Comune di residenza: _____

CAP: _____ Prov.: _____

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di avere una posizione previdenziale aperta presso il

Fondo: _____

Iscritto all'Albo Covip: _____

A far data dal: _____

DICHIARA, ALTRESI'

di non aver mai esercitato la facoltà di riscatto presso il suddetto Fondo

Luogo e data _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

INFORMATIVA
ai sensi dell'Articolo 13, Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR")

La presente informativa viene fornita, oltre che per rispondere a un preciso obbligo normativo, per fornirle, nel rispetto del principio di trasparenza, maggiori dettagli circa le attività di trattamento, aventi a oggetto i Suoi dati personali, effettuate da Fondo Pensione Fon.Te. e ove necessario, consentirLe di prestare il proprio consenso informato.

1. CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

Fondo Pensione Fon.Te., con sede legale in Via Marco e Marcelliano, 45, 00147, Roma, in persona del proprio rappresentante legale *pro tempore* è il titolare del trattamento dei Suoi dati personali (il "**Titolare**" o "**Fondo Fon.Te.**").

2. COME CONTATTARE IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI?

Il Titolare ha nominato un responsabile della protezione dei dati ("**Data Protection Officer**" o "**DPO**") contattabile inviando una *e-mail* all'indirizzo di posta elettronica privacy_dpo@fondofonte.it ovvero scrivendo a:

Responsabile della protezione dei dati – *Data Protection Officer* (DPO)
c/o Fondo Pensione Fon.Te.
Via Marco e Marcelliano, 45
00147 – Roma

3. COS' È IL DATO PERSONALE?

Ai sensi del GDPR, per dato personale si intende: "*qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile; si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale*" (i "**Dati**").

Il GDPR definisce, altresì, le particolari categorie di dati personali, ossia "*i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*" (i "**Dati Sensibili**").

4. QUALI SONO LE FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI E LA RELATIVA BASE GIURIDICA?

Nell'ambito della gestione di ogni attività connessa al rapporto contrattuale con Lei instaurato, avente a oggetto le pratiche gestite da Fondo Fon.Te. (e.g., le richieste di anticipazione, di trasferimento e di cessione del quinto dello stipendio), quest'ultima entità raccoglie e tratta le seguenti tipologie di Dati:

- i dati anagrafici e identificativi (e.g., nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale);
- società di appartenenza;
- l'indirizzo di residenza, il recapito telefonico e l'indirizzo di posta elettronica;
- le coordinate bancarie (i.e., IBAN);
- in generale, ogni altro dato e informazione necessaria per il soddisfacimento delle richieste da Lei avanzate.

Inoltre, ai fini della gestione delle richieste che Lei potrebbe formulare, in ragione dalla propria adesione al Fondo Pensione Fon.Te., il Titolare potrebbe altresì trattare i Dati

Sensibili a Lei riferiti, ossia le informazioni che rivelano il Suo stato di salute necessarie per dare seguito alle Sue richieste.

Si precisa che l'acquisizione dei Suoi Dati e Dati Sensibili risulta essere necessaria ai fini dell'instaurazione e della gestione del rapporto contrattuale con Fondo Fon.Te oppure per consentire al Titolare l'erogazione di una serie di prestazioni in Suo favore.

Inoltre, il Titolare potrà trattare i Suoi Dati per l'invio di comunicazioni di natura commerciale e/o per iniziative promozionali ai fini dell'offerta diretta di propri prodotti e/o servizi analoghi a quelli da Lei già sottoscritti (quali a titolo esemplificativo, per l'invio di una *newsletter* periodica). Fondo Fon.Te. svolgerà tale attività nel rispetto dei principi del GDPR e per il perseguimento di un proprio legittimo interesse; in ogni caso, Lei potrà opporsi in qualunque momento alla ricezione di tali comunicazioni scrivendo al DPO all'indirizzo e-mail privacy_dpo@fondofonte.it.

In ogni caso, ci impegniamo ad assicurare che le informazioni raccolte e utilizzate siano appropriate rispetto le finalità descritte, e che ciò non determini un'invasione della Sua sfera personale.

In conformità con il dettato dell'art. 13 GDPR, riepiloghiamo nella seguente tabella le finalità di trattamento cui sono destinati i Suoi dati personali, nonché la natura obbligatoria o volontaria del conferimento degli stessi, le conseguenze di un Suo rifiuto di comunicarli e la base giuridica del trattamento effettuato dal Titolare.

Finalità del trattamento	Natura obbligatoria o volontaria del conferimento dei dati personali	Conseguenze del rifiuto al conferimento dei dati personali	Condizione di liceità del trattamento
Svolgimento di ogni attività necessaria ai fini della gestione del rapporto contrattuale e delle richieste da Lei formulate	Volontaria	Impossibilità di instaurare e proseguire il rapporto contrattuale	<ul style="list-style-type: none">• Esecuzione del contratto di cui Lei è parte;• Con specifico riferimento al trattamento di Dati Sensibili, il Suo consenso espresso.
Marketing diretto	Volontaria	Impossibilità di inviareLe comunicazioni di natura commerciale relative a prodotti e servizi analoghi rispetto quelli oggetto del contratto	Legittimo interesse del Titolare

5. A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI PERSONALI?

Il Titolare potrà comunicare i Suoi Dati ai soggetti di cui si avvale per lo svolgimento delle attività relative alla gestione del rapporto contrattuale con Lei instaurato e al fine di soddisfare le richieste da Lei formulate.

In particolare, i Suoi Dati e i Suoi Dati Sensibili saranno trattati da ACCENTURE MANAGED SERVICES SPA che, sulla base di un apposito contratto stipulato con il Titolare, si è impegnata a svolgere le attività inerenti alla fornitura e manutenzione dei sistemi informativi all'interno dei quali sono censite i dati personali a Lei riferibili.

L'elenco dei Responsabili del trattamento può essere richiesto contattando il DPO ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2.

Il Titolare, inoltre, potrà comunicare i Suoi dati personali ai soggetti cui la comunicazione sia dovuta in forza di obblighi di legge, a Pubbliche Amministrazioni, alle società di assicurazione e alla società che provvede alla gestione e archiviazione documentale.

In ogni caso, si precisa che i soggetti suindicati tratteranno i Suoi Dati e Dati Sensibili in qualità di autonomi titolari.

6. DOVE TRASFERIAMO I SUOI DATI?

Fondo Fon.Te di norma non trasferisce i Suoi Dati al di fuori dell'Unione Europea.

7. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I SUOI DATI?

I Dati a Lei riferibili saranno trattati da Fondo Fon.Te per tutta la durata del rapporto contrattuale e saranno conservati per un periodo di 11 anni dopo la cessazione di detto rapporto esclusivamente per finalità connesse all'adempimento di obblighi di legge o alla difesa di diritti di Fondo Fon.Te in sede giudiziaria.

8. QUALI SONO I SUOI DIRITTI IN QUALITÀ DI INTERESSATO DEL TRATTAMENTO?

Durante il periodo in cui Fondo Fon.Te è in possesso dei Suoi Dati e Dati Sensibili Lei, in qualità di interessato del trattamento, può, in qualsiasi momento, esercitare i seguenti diritti:

- Diritto di accesso – Lei ha il diritto di ottenere la conferma circa l'esistenza o meno di un trattamento concernente i Suoi Dati e Dati Sensibili nonché il diritto di ricevere ogni informazione relativa al medesimo trattamento;
- Diritto alla rettifica – Lei ha il diritto di ottenere la rettifica dei Suoi Dati e Dati Sensibili in nostro possesso, qualora gli stessi siano incompleti o inesatti;
- Diritto alla cancellazione – in talune circostanze, Lei ha il diritto di ottenere la cancellazione dei Suoi dati personali presenti all'interno dei nostri archivi;
- Diritto alla limitazione del trattamento – al verificarsi di talune condizioni, Lei ha il diritto di ottenere la limitazione del trattamento concernente i Suoi Dati e Dati Sensibili;
- Diritto alla portabilità – Lei ha il diritto di ottenere il trasferimento dei Suoi Dati e Dati Sensibili in nostro possesso in favore di un diverso Titolare;
- Diritto di opposizione – Lei ha il diritto di opporsi al trattamento dei Suoi Dati e Dati Sensibili;
- Diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo – nel caso in cui Fondo Fon.Te si rifiuti di soddisfare le Sue richieste di accesso, verranno fornite le ragioni del relativo rifiuto. Se del caso, Lei ha il diritto di proporre reclamo così come descritto nel seguente paragrafo 9.

Lei può esercitare i Suoi diritti contattando il Titolare ai recapiti indicati al precedente paragrafo 1 ovvero il DPO all'indirizzo di posta elettronica privacy_dpo@fondofonte.it.

9. COME PROPORRE UN RECLAMO?

Qualora Lei desideri proporre un reclamo in merito alle modalità attraverso cui i Suoi Dati e Dati Sensibili sono trattati da Fondo Fon.Te, ovvero in merito alla gestione di un reclamo da Lei proposto, Lei ha il diritto di presentare un'istanza direttamente all'Autorità di controllo.

10. CONSENSO

Il sottoscritto, interessato del trattamento:

- **DICHIARA** di aver ricevuto l'informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del GDPR;

Inoltre:

- ACCONSENTE**
- NON ACCONSENTE** al trattamento dei propri Dati Sensibili per il raggiungimento della finalità descritta al precedente paragrafo 4. (**NOTA BENE** In assenza del consenso, Fon.Te. non potrà procedere all'elaborazione della richiesta)

* * *

Si precisa che Lei avrà in ogni momento il diritto di revocare il consenso prestato contattando il Titolare ai recapiti indicati al precedente paragrafo 1 ovvero il DPO scrivendo all'indirizzo email privacy_dpo@fondofonte.it

Data e firma
