

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ____ / ____ / ____

Comune di nascita: _____ Prov: () Tel.¹: _____

Indirizzo di residenza: _____ : CAP _____
email¹ _____

Comune di residenza: _____ Provincia: () _____

DOCUMENTO DI IDENTITÀ (DA ALLEGARE IN COPIA) TIPO/NUMERO: _____

Titolo di studio:

Nessuno Licenza elementare Licenza media inferiore Diploma prof.le
Diploma media superiore Diploma univ./laurea trienn Laurea/laurea magistrale Special.post laurea

2. RICHIESTA ANTICIPAZIONE

Il sottoscritto **CHIEDE** di conseguire una **ANTICIPAZIONE** della prestazione pari a **(indicare una sola opzione)**:

_____, _____ (indicare l'importo lordo richiesto, che non potrà comunque superare il limite max consentito)

_____ % (indicare la percentuale richiesta sul montante lordo maturato, che non potrà comunque superare il limite max consentito)

Per il seguente motivo **(barrare una sola casella)**:

A) SPESE SANITARIE a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari e urgenti. Può essere richiesta in qualsiasi momento per un importo non superiore al 75% della posizione lorda maturata.

B) ACQUISTO PRIMA CASA di abitazione per sé o per i figli
Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 75% della posizione lorda maturata.

C) RISTRUTTURAZIONE, manutenzione, restauro e risanamento sulla 1^a casa di abitazione propria o dei propri figli
Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 75% della posizione lorda maturata.

D) ULTERIORI ESIGENZE dell'aderente
Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 30% della posizione lorda maturata.

3. COORDINATE BANCARIE

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: _____ INTESSTATO A: _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Può essere indicato alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in percentuale del montante lordo maturato. L'importo indicato in cifra si intende al lordo delle imposte. In caso di duplice compilazione sarà liquidato l'importo espresso in cifra se non superiore al massimo anticipabile. Si ricorda che ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria (8 anni) sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione alle forme pensionistiche complementari maturati dall'aderente per i quali lo stesso non abbia esercitato il riscatto totale della posizione individuale ed abbia provveduto al trasferimento a Fopen. Si ricorda inoltre che le somme percepite a titolo di anticipazione non possono mai eccedere, complessivamente, il 75% del totale dei versamenti, comprese le quote del TFR, maggiorati delle plusvalenze realizzate, effettuati alle forme pensionistiche complementari a decorrere dal primo momento di iscrizione alle predette forme.

E' obbligatorio indicare il motivo della richiesta, in conseguenza del quale sarà **necessario** allegare i documenti previsti dal "Documento sulle anticipazioni" disponibile sul sito internet del Fopen (www.fondofopen.it)

Qualora il socio abbia in corso un contratto di finanziamento contro cessione di quote di retribuzione (cessione di quinto di stipendio) o una "delegazione di pagamento", l'erogazione dell'anticipazione è subordinata all'autorizzazione della società finanziaria erogatrice del prestito.

Il presente modulo e la documentazione allegata devono essere inviati al Fopen esclusivamente per posta raccomandata A/R alla sede del Fopen in Corso Trieste 42 – 00198 Roma o tramite Posta Elettronica Certificata fondopensione@pec-mail.eu
Le anticipazioni "ulteriori esigenze", qualora non inserite tramite l'apposita procedura prevista nell'area riservata del sito web, andranno effettuate mediante il presente modulo cartaceo da inviarsi al Fondo a mezzo raccomandata A/R, con in allegato copia di un documento di identità in corso di validità.

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: _____

1) E' obbligatorio indicare un recapito telefonico per reperibilità in orario di lavoro e, se disponibile, un indirizzo di posta elettronica
NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

La richiesta D) per "ULTERIORI ESIGENZE" è soggetta ad un prelievo pari a €20 (vedi comunicato n. 3-2016)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13, DEL REGOLAMENTO 679/2016

AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EU 679/2016, IL FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE PER I DIPENDENTI DEL GRUPPO ENEL IN FORMA ABBREVIATA "FOPEN", CON SEDE IN CORSO TRIESTE, 42 - ROMA, TITOLARE DEL TRATTAMENTO, AD INTEGRAZIONE DELL'INFORMATIVA GIÀ CONFERITA, LA INFORMA CHE, IL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI PERSONALI È EFFETTUATO PER LA GESTIONE DELLA SUA RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE; IL CONFERIMENTO DEI DATI È NECESSARIO PER PERSEGUIRE LE FINALITÀ MENZIONATE. IL TRATTAMENTO SARÀ EFFETTUATO CON STRUMENTI AUTOMATIZZATI E MANUALI. LA BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO È L'ADESIONE DELL'ISCRITTO AL FONDO E LA CONSEGUENTE DETERMINAZIONE DEL RAPPORTO ASSOCIATIVO, NONCHÉ GLI OBBLIGHI DI LEGGE E IL CONSENSO. I SUOI DATI PERSONALI SARANNO TRATTATI PER LA DURATA DEL RAPPORTO ASSOCIATIVO E SUCCESSIVAMENTE SARANNO CONSERVATI PER ASSOLVERE AGLI OBBLIGHI PREVISTI DALLA NORMATIVA CONTABILE E FISCALE; TALI DATI SARANNO INOLTRE CONSERVATI NEI LIMITI DEI TEMPI PRESCRIZIONALI PREVISTI PER L'ESERCIZIO DEI DIRITTI DISCENDENTI DAL RAPPORTO ASSOCIATIVO INSTAURATO CON IL FONDO. INOLTRE, NEL CASO IN CUI LA RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE SIA EFFETTUATA A FAVORE DEI PROPRI FAMILIARI, FOPEN, POTRÀ VENIRE A CONOSCENZA ANCHE DI ALCUNI DATI DEGLI STESSI. DESIDERIAMO INOLTRE INFORMARLA CHE IN OCCASIONE DELLE OPERAZIONI DI TRATTAMENTO DEI DATI IL TITOLARE POTREBBE VENIRE A CONOSCENZA ANCHE DI DATI CHE LA LEGGE DEFINISCE PARTICOLARI (P.E. LO STATO DI SALUTE NEL CASO DI RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE). ANCHE A TALE RIGUARDO, LE CONFERMIAMO CHE I DATI PARTICOLARI VERRANNO TRATTATI CON LA MASSIMA RISERVATEZZA. I SUOI DATI PERSONALI, CHE NON SARANNO DIFFUSI, POTRANNO ESSERE COMUNICATI AI SOGGETTI DEPUTATI ALLA GESTIONE DEI CONTRIBUTI PREVIDENZIALI COMPLEMENTARI E ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI PENSIONISTICHE COMPLEMENTARI, A TERZI PER LA FORNITURA DI SERVIZI INFORMATICI E DI ARCHIVIAZIONE E A SOGGETTI CUI LA FACOLTÀ DI ACCEDERE AI DATI SIA RICONOSCIUTA DA DISPOSIZIONI DI LEGGE E/O DI NORMATIVA SECONDARIA. PER OTTENERE INFORMAZIONI SULL'EVENTUALE TRASFERIMENTO DEI SUOI DATI FUORI DALL'UNIONE EUROPEA, POTRÀ INVIARE UNA E-MAIL ALL'INDIRIZZO privacy@fondofopen.it IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI PUÒ ESSERE CONTATTATO AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL: dpo@fondofopen.it. LA INFORMIAMO INFINE CHE POTRÀ ESERCITARE I SUOI DIRITTI IN QUALITÀ DI INTERESSATO SCRIVENDO UNA MAIL A privacy@fondofopen.it.

N.B. IL CONSENSO SOTTOSTANTE DOVRÀ ESSERE SOTTOSCRITTO SOLO NEL CASO DI RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016 CONFERISCO IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ANCHE PARTICOLARI PER LA GESTIONE DELLA MIA DELLA MIA RICHIESTA DI RISCATTO DELLA POSIZIONE.

_____ FIRMA _____