

MODULO DI RICHIESTA LIQUIDAZIONE

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: _____ e-mail: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: ()

Documento di identità (da allegare in copia) tipo/numero: _____

2. OPZIONE PRESCELTA

per l'erogazione della posizione individuale (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

A) EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA IN FORMA "100% CAPITALE":

NOTA BENE: Il diritto alla prestazione pensionistica in forma capitale 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. Il diritto si acquisisce anche a fronte di disoccupazione superiore a 4 anni o di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo e con un anticipo massimo di 5 anni rispetto ai requisiti per l'accesso alle prestazioni nel regime obbligatorio di appartenenza. **A tale proposito ai fini dell'accertamento da parte del Fondo si richiede di allegare alla richiesta apposita documentazione comprovante la decorrenza del diritto a pensione.**

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.

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**, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria
- B.3 Cessazione dell'attività lavorativa ex art. 4 L. 92/2012

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

E) RISCATTO dell'intera posizione per cessazione dell'attività lavorativa ex art.4 legge 92/2012

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

(compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

A) L'aderente ha cessato l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo per:

- A.1 Volontà delle parti **senza diritto a pensione** (dimissioni, licenziamento, risoluzione consensuale, cambio inquadramento per passaggio a dirigente,...)
- A.2 Causa indipendente dalla volontà delle parti (mobilità, fallimento, fondo esuberi, art. 4 L. 92/2012...)

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

C) Decesso dell'aderente

Data 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: ____ / ____ / ____ Contributi non dedotti non ancora comunicati: € _____

4. COORDINATE BANCARIE

(compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

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: _____

Il sottoscritto:

- dichiara, ai sensi del Decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 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;

- accetta di ricevere all'indirizzo di residenza o tramite email (ove indicato), la lettera di conteggio di liquidazione della posizione previdenziale successivamente all'accredito dell'importo liquidato;

- accetta di ricevere la CU entro le scadenze previste dall'Agenzia delle Entrate.

DATA COMPILAZIONE: / /

FIRMA: _____

5. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

(compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

Denominazione Azienda e codice/matricola aziendale del lavoratore dip.te: _____

Età pensionabile stabilita nel regime obbligatorio di appartenenza dell'aderente: _____

Data cessazione attività: ____ / ____ / ____ Aliquota T.F.R. (solo "vecchi iscritti"): _____ %

Quota esente fino al 31/12/2000: € _____ Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000 (solo "nuovi iscritti"): € _____

Importo ultimo contributo dovuto al Fondo Pensione: € _____ In data: ____ / ____ / ____

Timbro e firma del datore di lavoro: _____

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata. Il modulo va inviato: o per posta raccomandata A/R alla sede del Fopen in Corso Trieste 42 - 00198 Roma o tramite Posta Elettronica Certificata fondopensione@pec-mail.eu.

Il Fopen non restituirà i documenti inviati in originale.

In caso di riscatto dell'intera posizione ex opzione E, l'operazione sarà effettuata in due tranches a distanza di un mese.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

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

Nella sezione iniziale devono essere riportati i dati anagrafici dell'aderente anche in caso di **decesso** del medesimo. In quest'ultimo caso il presente modulo deve essere sottoscritto da uno degli aventi diritto al riscatto ed inoltrato al Fondo Pensione unitamente alla dichiarazione allegata, sottoscritta in originale, riportante i dati anagrafici completi del/i richiedente/i e le coordinate bancarie per effettuare il bonifico di pagamento. In caso di decesso dell'aderente devono presentare domanda di riscatto totale i beneficiari previsti dalla normativa sui fondi pensione: gli eredi ovvero i diversi beneficiari (persone fisiche o giuridiche) indicati dall'aderente. In mancanza di tali soggetti, la posizione resta acquisita al fondo pensione.

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

NB: **Le 5 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.

A) EROGAZIONE PRESTAZIONE PENSIONISTICA IN FORMA "100% CAPITALE" - 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. Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce anche a fronte di disoccupazione superiore a 4 anni o di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo e con un anticipo massimo di 5 anni rispetto ai requisiti per l'accesso alle prestazioni nel regime obbligatorio di appartenenza. Le prestazioni pensionistiche possono essere erogate interamente in forma capitale, solo nel caso in cui la rendita ipotetica derivante dalla conversione di almeno il 70% del montante finale maturato risulti inferiore al 50% dell'assegno sociale.

AVVERTENZE per i "vecchi iscritti": Si segnala che per i "vecchi iscritti" che OPTANO per l'erogazione del 100% capitale viene automaticamente applicato il più favorevole regime introdotto dal D.Lgs.252/2005. In base a tale opzione viene erogato in forma capitale il 100% del montante fino al 31/12/2006, mentre con riferimento al montante accumulato dal 2007 si applica la nuova disciplina che prevede l'erogazione del 50% in forma capitale e del restante 50% (ove ricorrano le condizioni) in forma di rendita. L'erogazione del 50% in rendita è infatti obbligatoria solo in presenza di un montante sufficientemente elevato e cioè 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 peraltro 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": Si segnala che per i "nuovi iscritti" NON è invece prevista la possibilità di optare per diversi regimi fiscali. Per essi la prestazione va erogata al 100% in forma capitale soltanto nel caso di cui al paragrafo precedente. Per i "nuovi iscritti" che barrano l'opzione di ricevere il 100% della prestazione in forma capitale, sarà cura del Fondo verificare se il montante maturato è sufficientemente elevato da rendere obbligatoria l'erogazione anche sotto forma di rendita. Tale obbligo sorge solo nel caso in cui la rendita ipotetica derivante dalla conversione di almeno il 70% del montante finale complessivamente maturato risulti superiore al 50% dell'assegno sociale (cfr. paragrafo precedente). 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 (ovvero al trasferimento, si veda modulo relativo) 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

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; tale facoltà non può essere esercitata nel quinquennio precedente la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche complementari: in tal caso va richiesta la prestazione.

D) il RISCATTO per cause diverse può essere richiesto per cause diverse dai casi sopra esposti e SOLO SE previsto dallo Statuto/Regolamento. 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. **NOTA BENE**: In caso di riscatto per cause diverse viene liquidata all'aderente l'intera posizione maturata, applicando un regime fiscale meno favorevole rispetto ai casi precedenti.

E) Il RISCATTO dell'intera posizione per cessazione dell'attività lavorativa ex art. 4 l. 92/2012 può essere richiesta per gli aderenti che hanno cessato il servizio usufruendo dei benefici previsti dall'art 4 della legge 92/2012 (cosiddetta "legge-Fornero"). Per informazioni sul trattamento fiscale ed altre modalità operative si rimanda al comunicato 4/2016 in chiaro sul sito internet del Fondo (www.fondofopen.it)

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

Questa sezione non deve essere compilata qualora l'aderente richieda, in costanza del rapporto di lavoro, il riscatto totale a causa di Invalidità permanente che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo.

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, ex art. 4 L. 92/2012 o in altri casi di interruzione involontaria.

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

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

Data Iscrizione - Va indicata la data in cui l'aderente si è iscritto per la prima volta ad una forma pensionistica complementare.

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 in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla normativa. Qualora l'aderente maturi il diritto alla prestazione prima del 31 dicembre, la comunicazione deve essere resa contestualmente alla presente 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 (p.e. nella richiesta liq.ne di giugno 2016 vanno indicati, se non ancora comunicati, i contributi non dedotti del 2015 e, se del caso, dei primi 6 mesi del 2016). Si ricorda che non devono essere indicati gli eventuali contributi versati a favore di familiari fiscalmente a carico.

4. COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente o degli eredi/beneficiari)

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.

In caso di decesso dell'aderente i beneficiari devono comunicare le loro coordinate bancarie nel modulo per essi previsto.

Esempio CODIFICA IBAN: **PPKK**CAAAAACCCCNNNNNNNNNN, dove: **PP** = codice paese (IT / SM => Italia o San Marino), **KK** = cin IBAN (due caratteri numerici), **C** = cin BBAN (1 carattere alfabetic), **AAAAA** = codice ABI (5 caratteri numerici), **CCCCC** = codice CAB (5 caratteri numerici), **NNNNNNNNNN** = numero di conto corrente (12 caratteri alfanumerici contigui, non sono ammessi né spazi né caratteri speciali quali . - / ecc...)

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

Denominazione azienda e codice aziendale - Indicare il datore di lavoro ed il n.ro identificativo/matricola aziendale del dipendente.

Età pensionabile - Se non indicata sarà considerata l'età prevista dalla legge per la pensione di vecchiaia.

Aliquota TFR - Da indicare esclusivamente per i "vecchi iscritti". Con aliquota TFR si intende l'aliquota IRPEF calcolata dal datore di lavoro al momento della cessazione del rapporto di lavoro per la tassazione del Trattamento di Fine Rapporto.

Data cessazione - è la data in cui cessa l'attività lavorativa richiesta per la partecipazione al Fondo.

Quota esente su quanto maturato entro il 31/12/2000 è l'ammontare tot. 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 dip.te 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.

Ultimo contributo - E' indispensabile segnalare sempre l'importo dell'ultimo versamento (inteso come somma dei contributi azienda, dipendente e TFR) dovuto al Fondo Pensione e la relativa data in cui è stato/sarà versato.

6. ALLEGATI

Alla richiesta occorre obbligatoriamente allegare la seguente documentazione:

- **Copia di un documento di identità in corso di validità dell'aderente**
- **Idonea documentazione attestante la maturazione del diritto a pensione (soltanto per le prestazioni di cui al punto 2 lett. A);**

DATI PERSONALI DEGLI EREDI / BENEFICIARI

EREDE RICHIEDENTE

Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale: _____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: ____ / ____ / ____
Comune di nascita: _____	Prov: () Tel.: _____
Indirizzo di residenza: _____	CAP: _____ e-mail: _____
Comune di residenza: _____	Provincia: ()
Status: <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Altro Erede (specificare):.....	

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: _____	Intestato a: _____					

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:

- non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulla presente scheda.
- 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: _____

ALTRI EREDI O BENEFICIARI

Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale: _____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: ____ / ____ / ____
Comune di nascita: _____	Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza: _____	CAP: _____
Comune di residenza: _____	Provincia: ()
Status: <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Altro Erede (specificare):.....	
<input type="checkbox"/> Beneficiario designato dall'aderente <input type="checkbox"/> Persona Giuridica (indicare rag.sociale, P.IVA e indirizzo nella sez.ne superiore)	

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: _____	Intestato a: _____					

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:

- non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulla presente scheda.
- 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: _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO

- **Eredi:** Sono quelli previsti dal Codice Civile (ad esempio il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli e le sorelle, etc. del deceduto)
- **Beneficiari:** Sono le persone fisiche o giuridiche designate esplicitamente dall'aderente. Nel caso in cui il richiedente sia una persona giuridica indicarne la ragione sociale.
- **Documentazione da produrre:**
 - è sempre necessario produrre certificato di morte dell'aderente e fotocopia del documento di identità e del codice fiscale dell'erede/beneficiario.
 - Quando beneficiari sono gli eredi legittimi, è necessario produrre un atto notorio (ovvero dichiarazione sostitutiva di notorietà) comprovante l'esistenza e le generalità degli eredi superstiti.
 - Il beneficiario prescelto dall'aderente deve invece produrre la documentazione idonea a comprovare la propria designazione, ove la stessa non sia già in possesso del Fondo.
 - In tutti i casi in cui beneficiario sia un minore, è necessario produrre copia del provvedimento giudiziale del giudice tutelare che autorizza il genitore/tutore a esercitare il riscatto della posizione individuale dell'aderente deceduto a favore del minore; il presente modulo è in questo caso sottoscritto dal genitore/tutore.
- Qualora i beneficiari o richiedenti fossero più di due, compilare più schede

Data Compilazione: / /

INFORMATIVA AISENSI 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 LIQUIDAZIONE DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE; 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. 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. 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 RISCATTO PER INVALIDITÀ

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 PARTICOLARI PER LA GESTIONE DELLA MIA RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE E INTERVENTI STRAORDINARI DERIVANTI DA GRAVISSIME SITUAZIONI.

FIRMA DEL RICHIEDENTE O DEL FAMILIARE _____