



## FONDO PENSIONE MEDICI

Iscritto all'Albo COVIP con il n° 1337

**C/D01 - DECESSO****RICHIESTA DI RISCATTO PER PREMORIENZA DELL'ADERENTE***Da compilarsi e sottoscrivere a cura degli eredi legittimi ovvero dei beneficiari*

Gli eredi legittimi/beneficiari:

1. cognome e nome.....  
nato a .....(prov. ...) il.....  
codice fiscale.....tel.....  
residente in.....cap.....(prov. ...) via/piazza.....
2. cognome e nome.....  
nato a .....(prov. ...) il.....  
codice fiscale.....tel.....  
residente in.....cap.....(prov. ...) via/piazza.....
3. cognome e nome.....  
nato a .....(prov. ...) il.....  
codice fiscale.....tel.....  
residente in.....cap.....(prov. ...) via/piazza.....
4. cognome e nome.....  
nato a .....(prov. ...) il.....  
codice fiscale.....tel.....  
residente in.....cap.....(prov. ...) via/piazza.....

**richiedono il riscatto della posizione maturata dall'aderente:**cognome e nome .....  
nato/a..... il .....e deceduto in data .....**L'importo maturato al netto delle ritenute di Legge dovrà essere accreditato presso:** **Erede legittimo/beneficiario 1:**

Istituto bancario .....

codice IBAN: \_\_\_\_\_

Intestato a .....

 **Erede legittimo/beneficiario 2:**

Istituto bancario .....

codice IBAN: \_\_\_\_\_

Intestato a .....

 **Erede legittimo/beneficiario 3:**

Istituto bancario .....

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

Intestato a .....

 **Erede legittimo/beneficiario 4:**

Istituto bancario .....

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

Intestato a .....



# FONDO PENSIONE MEDICI

Iscritto all'Albo COVIP con il n° 1337

L'importo maturato dovrà essere liquidato agli aventi diritto secondo quanto disposto dall'iscritto tramite testamento o con il modello designazione beneficiari o, in mancanza, agli eredi legittimi in parti uguali.

### Contributi non dedotti

Dichiarano, inoltre, che con riferimento ai contributi versati nell'anno in corso, l'importo di € ..... non è/non sarà dedotto in sede di presentazione della dichiarazione dei redditi.

Con riferimento alle prestazioni riscattate in forma di capitale maturate in prodotti assicurativi, autorizzo la Società Assicuratrice a liquidare le somme accantonate al Contraente Fondo Pensione Medici, affinché il Fondo, in qualità di sostituto d'imposta, possa determinare e provvedere agli adempimenti fiscali previsti dalla vigente normativa e corrispondere ai sottoscritti l'importo al netto delle ritenute fiscali operate. Il sottoscritto dichiara, per se e/o per i propri aventi causa, di tenere sin d'ora indenne e manlevata la Società Assicuratrice da ogni e qualsiasi pretesa e/o eccezione che venisse eventualmente avanzata e/o sollevata in relazione alle suddette modalità di erogazione della prestazione in questione.

### Si allegano inoltre i seguenti documenti:

- certificato di morte dell'aderente, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dal quale devono risultare gli eredi legittimi dell'aderente, loro età e capacità giuridica;
- decreto del giudice tutelare qualora vi siano eredi minori;
- relazione sanitaria o certificato del medico curante attestante la causa patologica del decesso ed eventuali pregressi fatti morbosi ad essa connessa (solo nel caso di polizza vita abbinata al Fondo)

Dichiaro di aver preso visione e sottoscritto l'informativa di cui all'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs n° 196/2003) parte integrante del presente modulo, autorizzando il FONDO PENSIONE MEDICI al trattamento dei miei dati personali.

Data

Firma degli eredi legittimi/beneficiari

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

***Il presente modulo dovrà essere consegnato all'Ufficio del Personale dell'Ospedale dell'aderente che provvederà ad integrarlo con tutte le informazioni utili al Fondo per effettuare la relativa liquidazione. L'attivazione della procedura di liquidazione avverrà dopo che l'ultimo contributo sarà stato versato ed investito e dopo che la presente modulistica, completa in ogni sua parte, sarà pervenuta al Fondo.***



## Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali La informiamo sull'uso dei dati personali e sui diritti degli interessati (1); a tal fine si richiede che ciascun erede legittimo/beneficiario prenda visione e sottoscriva la presente informativa.

Fondo Pensione Medici deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano.

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti(2) sono utilizzati dal Fondo Pensione Medici e da terzi a cui essi vengono comunicati al fine di attuare prestazioni pensionistiche complementari del sistema obbligatorio pubblico nonché prestazioni ad esse accessorie previste da leggi, da contratti collettivi o da accordi o regolamenti aziendali a favore dei Soci del Fondo, in conformità al D. Lgs. 252/2005 e successive modifiche ed integrazioni, anche mediante l'uso di fax, del telefono, anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei servizi da lei richiesti.

Per questi servizi abbiamo a volte necessità di trattare anche dati "sensibili (3) "strettamente strumentali all'erogazione degli stessi. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio, società di service amministrativo.

Il suo consenso riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo al Fondo Pensione Medici – Via Costantino Morin, 45 - 00195 Roma Tel. 06/37354266 Fax 06/37350880

Senza i suoi dati, non potremmo fornirLe i servizi in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati da Lei o da terzi per obbligo di legge.

### MODALITA' D'USO DEI DATI

I suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi e le informazioni da lei richieste anche mediante l'uso di fax, del telefono, anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

Per taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione "del responsabile" o "dell'incaricato" del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz o della catena distributiva agenziale ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto del Fondo Pensione Medici, quali ad esempio: legali, società di servizi cui sono affidate la gestione, le liquidazioni ed i pagamenti, centrali operative di assistenza, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i nostri addetti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo agevolmente chiedendolo a Fondo Pensione Medici – Via Costantino Morin, 45 - 00195 Roma Tel. 06/37354266 Fax 06/37350880, ove potrà conoscere anche informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro ed è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del servizio. La informiamo inoltre che i Suoi dati personali non verranno diffusi. Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

Ha anche il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (4).

Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi a Fondo Pensione Medici – Via Costantino Morin, 45 - 00195 Roma Tel. 06/37354266 Fax 06/37350880.

Luogo e data ..... Firma dell'erede legittimo/beneficiario per consenso .....

Luogo e data ..... Firma dell'erede legittimo/beneficiario per consenso .....

Luogo e data ..... Firma dell'erede legittimo/beneficiario per consenso .....

Luogo e data ..... Firma dell'erede legittimo/beneficiario per consenso .....

(1) Art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs n. 196/2003)

(2) Altri soggetti che effettuano operazioni che Vi riguardano o che, per soddisfare una Vostra richiesta, forniscono alla azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali ecc., come nel caso in cui l'adesione al Fondo Pensione avvenga su basi contrattuali collettive.

(3) Sono considerati sensibili i dati relativi, ad es. al Vostro stato di salute, alle Vostre opinioni politiche e sindacali e alle Vostre convinzioni religiose (art. 4, comma 1, lettera d) del Codice in materia di protezioni dei dati personali).

(4)Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimi.

**C/01 - CHIUSURA POSIZIONE PREVIDENZIALE - AZIENDA OSPEDALIERA**

*Da compilarsi a cura dell'Azienda (barrare le parti che interessano) e da trasmettere unitamente al modulo di richiesta sottoscritto dall'Aderente*

La scrivente Azienda Ospedaliera.....  
 comunica che il/la Dott./Dott.ssa..... codice fiscale .....

Nato a ..... (prov.....) il ..... residente ..... (prov.....)  
 cap ..... Via .....

ha cessato il rapporto di lavoro in data.....

Comunica che la cessazione è dovuta a:

- Pensionamento
- Decesso
- Ricorso a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni, ordinaria o straordinaria
- Dimissioni, licenziamento, invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo

Ovvero comunica che il dipendente, in costanza del rapporto di lavoro, intende esercitare il diritto al:

- Trasferimento della posizione pensionistica ai sensi dell'art. 14 comma 6 del D. Lgs. 252/05

**Da compilarsi esclusivamente se iscritto ante 28.04.93 ("vecchio iscritto") per i versamenti dal momento dell'iscrizione al 31/12/2000**  
 (Dati obbligatori per procedere alla liquidazione della posizione)

- l'aliquota di tassazione del TFR ai sensi dell'art. 19 del TUIR è pari al .....%.
- il versamento al FONDO a carico del dipendente in ciascun anno:
  - NON HA superato** il 4% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR;
  - HA superato** il 4% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR per un importo di € .....

**Da compilarsi esclusivamente se iscritto post 28.04.93 ("nuovo iscritto") per i versamenti dal momento dell'iscrizione al 31/12/2000**  
 (Dati obbligatori per procedere alla liquidazione della posizione)

- il versamento al FONDO a carico del dipendente in ciascun anno:
  - NON HA superato** il 2% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR;
  - HA superato** il 2% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR per un importo di € .....
- l'importo totale delle riduzioni annue spettante al Fondo da applicare sulle quote di TFR (Circolare n. 235/98 dell'Agenzia delle Entrate) in ciascun anno è pari a € ..... in alternativa la percentuale media di TFR versato al Fondo fino al 31/12/2000 è pari a .....%.

Si comunica che tutti i contributi dell'aderente sono stati regolarmente versati e l'ultimo versamento al Fondo di €..... è stato effettuato il.....

*N.B: Si precisa che l'attestazione di cui sopra verrà ritenuta definitiva e irrevocabile; pertanto eventuali nuovi e ulteriori contributi non verranno accettati né investiti e il versamento aggiuntivo sarà restituito all'azienda, che provvederà a liquidare l'importo spettante all'iscritto in altra forma.*

Allega il seguente modulo di richiesta dell'interessato per le modalità di chiusura della posizione individuale:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Modulo C/P01: Pensionamento | <input type="checkbox"/> Modulo C/R01: Riscatto      | <input type="checkbox"/> Modulo C/F01: Permanenza nel Fondo |
| <input type="checkbox"/> Modulo C/D01: Decesso       | <input type="checkbox"/> Modulo C/T01: Trasferimento |   |

Il presente modulo è stato compilato dal Sig./Sig.ra ..... Tel .....

Data..... Timbro e Firma dell'Azienda .....

*N.B. Il presente modulo dovrà essere inviato al Fondo Pensione Medici – Via Costantino Morin, 45 - 00195 Roma(RM) dopo il perfezionamento di tutti i versamenti al Fondo dell'Aderente interessato. L'attivazione della procedura di liquidazione avverrà dopo che l'ultimo contributo sarà stato versato ed investito e dopo che la modulistica, completa in ogni sua parte, sarà pervenuta al Fondo. Nel caso in cui la stessa risultasse incompleta, sarà nostra cura restituirvene una copia pregandoVi di completarla con le informazioni mancanti.*