

MODULO DI ISCRIZIONE AL "FONDO PENSIONE MEDICI" per i familiari fiscalmente a carico

da compilarsi e sottoscrivere a cura dell'aderente

Parte I	Io sottoscritto/a cod. fiscale..... nato/a aprov il..... sesso..... residente a.....prov.....cap..... in Vian.....Tel.e-mail..... TITOLO DI STUDIO <input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media inferiore <input type="checkbox"/> diploma professionale <input type="checkbox"/> diploma media superiore <input type="checkbox"/> diploma universitario / laurea triennale <input type="checkbox"/> laurea magistrale <input type="checkbox"/> specializzazione post laurea familiare a carico del Dott./D.ssa dipendente dell'Azienda Ospedaliera..... chiedo di aderire al Fondo Pensione Medici in qualità di soggetto fiscalmente a carico, come disposto dall'art. 5 dello Statuto. Mi impegno ad osservare lo Statuto e il Regolamento del Fondo Pensione Medici ed a fornire al Fondo tutte le informazioni necessarie all'aggiornamento della mia posizione previdenziale complementare.
Parte II	<p style="text-align: center;"><u>Status dell'iscritto</u></p> Dichiaro di essere: <input type="checkbox"/> Non lavoratore; <input type="checkbox"/> Lavoratore iscritto ad altro F.do Pensione ante 28/04/1993 (c.d. "vecchio iscritto"); <input type="checkbox"/> Lavoratore non iscritto ad altro F.do Pensione ante 28/04/1993 (c.d. "nuovo iscritto") e di 1 ^a occupazione ante 28/04/1993; <input type="checkbox"/> Lavoratore non iscritto ad altro F.do Pensione ante 28/04/1993 (c.d. "nuovo iscritto") e di 1 ^a occupazione post 28/04/1993; <input type="checkbox"/> Lavoratore non iscritto ad altro F.do Pensione ante 01/01/2007 e di 1 ^a occupazione post 01/01/2007. Preciso che la mia prima data di iscrizione ad una forma di previdenza complementare è la seguente: ___/___/_____ (da compilarsi nel caso in cui l'aderente sia titolare di una posizione presso altra forma di previdenza complementare, ad oggi non riscattata)
Parte III	<p style="text-align: center;"><u>Impiego dei contributi</u></p> <p>- Il Fondo provvederà ad impiegare i contributi nella misura del 100% sulla linea "Assicurativa Garantita".</p>
Parte IV	<p style="text-align: center;"><u>Trasferimento da altro Fondo Pensione</u></p> <p>Autorizzo il trasferimento della mia posizione individuale al Fondo Pensione Medici cui conferisco mandato per l'espletamento di tutte le operazioni necessarie, segnalando di seguito i dati essenziali relativi al mio Fondo Pensione di provenienza: Ragione sociale del Fondo Pensione di provenienza Referente da contattare Tel. E-mail</p> <p><input type="checkbox"/> dichiaro che la mia posizione previdenziale nel Fondo Pensione di provenienza <u>è gestita anche parzialmente con polizza assicurativa</u> e chiedo che venga investita dal Fondo Pensione Medici nella Linea Assicurativa.</p> <p><input type="checkbox"/> allego copia della richiesta di trasferimento trasmessa al Fondo Pensione di provenienza.</p>

Data..... Firma dell'aderente (**).

Firma del soggetto a cui carico risulta l'aderente.....

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 dell'aderente (**).

**** Nel caso di minori o di persone soggette a tutela, si richiede la firma del genitore/tutore legale**
Nota bene: Il presente modulo dovrà essere inviato al Fondo Pensione Medici – Via C. Morin, 45 - 00195 Roma, prima o contestualmente al pagamento dei primi contributi per l'Aderente interessato. Nel caso in cui il presente modulo risultasse incompleto, sarà nostra cura chiedere all'aderente di farci pervenire le informazioni mancanti.

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).

Il Fondo Pensione Medici (di seguito Fondo) 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 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 C. Morin, 45 - 00195 Roma.

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 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 al Fondo Pensione Medici – Via C. Morin, 45 - 00195 Roma, 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 al Fondo Pensione Medici – Via C. Morin, 45 - 00195 Roma.

Luogo e data

Nome e Cognome in stampatello.....

Firma dell'aderente per consenso (5)

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

(2) Altri soggetti che effettuano operazioni che La 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 Suo stato di salute, alle Sue opinioni politiche e sindacali e alle Sue 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 legittimo.

(5) Nel caso di minori o di persone soggette a tutela, si richiede la firma del genitore/tutore legale