

MODULO DI ADESIONE - FONDO PENSIONE MEDICI

Modulo di adesione al FONDO PENSIONE MEDICI – iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 1337

Attenzione: L'adesione al FONDO PENSIONE MEDICI, deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e dell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità'. La Nota informativa e lo statuto sono disponibili sul sito www.fondopensionemedici.it e verranno consegnati in formato cartaceo solo su tua richiesta.

Dati dell'aderente:

Cognome:	Nome:		Codice Fiscale:	
_____	_____		_____	
Sesso:	Data di nascita:	Comune di nascita:	Provincia:	Stato:
_____	___/___/___	_____	_____	_____
Tipo documento:	Numero documento:	Ente di rilascio:	Data di rilascio:	
_____	_____	_____	___/___/___	
Residente in (città e CAP):	Indirizzo:			
_____	_____			
Telefono:	e-mail:			
_____	_____			
Desidero ricevere la corrispondenza:				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
In formato elettronico via e-mail		In formato cartaceo all'indirizzo di residenza		

Data prima iscrizione alla previdenza complementare

___/___/___

Dati dell'azienda

Azienda: _____	Codice fiscale/partita IVA: _____	
Indirizzo: _____	Tel. _____	e-mail: _____
Contratto collettivo di riferimento CCNL vigente ARIS – ANMIRS (art.78)	Timbro e firma dell'Azienda _____	

Condizione professionale

Titolo di studio

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laurea / laurea magistrale	Specializzazione post-laurea

Lavoratore dipendente:					
Dirigente medico struttura complessa	<input type="checkbox"/>	Dirigente chirurgo struttura complessa	<input type="checkbox"/>	Dirigente struttura semplice dipartimentale >15 anni	<input type="checkbox"/>
Dirigente struttura semplice dipartimentale 5/15 anni	<input type="checkbox"/>	Dirigente struttura semplice >15 anni	<input type="checkbox"/>	Dirigente struttura semplice 5/15 anni	<input type="checkbox"/>
Dirigente di altissima professionalità >15 anni	<input type="checkbox"/>	Dirigente di altissima professionalità 5/15 anni	<input type="checkbox"/>	Dirigenti di alta specializzazione >15 anni	<input type="checkbox"/>
Dirigenti di alta specializzazione 5/15 anni	<input type="checkbox"/>	Dirigente >15 anni	<input type="checkbox"/>	Dirigente 5/15 anni	<input type="checkbox"/>
Dirigente >15 anni	<input type="checkbox"/>				

Se già si aderisce ad altra forma pensionistica complementare, riportare le seguenti informazioni:

Denominazione altra forma pensionistica: _____	
Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP: _____	
L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata:	
<input type="checkbox"/> Consegnata	<input type="checkbox"/> Non consegnata
Indicare se si intende chiedere il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica cui già si aderisce	
Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Informativa sulle linee di investimento in essere

Denominazione dei comparti	Categoria	Ripartizione %
• Linea garantita assicurativa RISPAV	Garantito	50%
• Linea garantita assicurativa GENRIS	Garantito	50%

Beneficiari in caso di morte dell'Aderente

Eredi	<input type="checkbox"/>
Designati	<input type="checkbox"/> (SCARICARE IL MODELLO SUL SITO INTERNET DEL FONDO E SEGUIRE LE RELATIVE ISTRUZIONI)

IL MODELLO SENZA TIMBRO DELL'AMMINISTRAZIONE NON È VALIDO

Contribuzione e modalità di pagamento

- autorizzo l'Amministrazione Ospedaliera a trattenere dalla mia retribuzione quanto previsto dal C.C.N.L. vigente a titolo di contribuzione a carico dell'iscritto;
- autorizzo l'Amministrazione Ospedaliera a trattenere un contributo mensile pari a eurodalla mia retribuzione a partire dalla mensilità di e fino a diversa comunicazione. Tale contributo sarà versato sul proprio conto pensionistico acceso presso il Fondo Pensione Medici. Mi riservo la facoltà di sospendere, ovvero di modificare l'ammontare del contributo mediante comunicazione scritta da far pervenire all'Amministrazione Ospedaliera con effetto a partire dal mese successivo.

OVVERO

- chiedo di aderire con il solo versamento del TFR dichiarando di essere al corrente del fatto che non mi è dovuto il contributo da parte del datore di lavoro.

Indicare la percentuale scelta: TFR conferito al Fondo% (in assenza di indicazione si intende conferito il 100% di TFR al Fondo).

In presenza di accordi locali tra ANMIRS ed ENTI OSPEDALIERI è possibile, in deroga al punto 3 dell'art. 78 del CCNL Aris-Anmirs, scegliere una percentuale di versamento TFR inferiore al 100%, con limite minimo al 20%.

Il Fondo provvederà ad impiegare i contributi nella misura del 100% sulla linea "Assicurativa Garantita"

L'aderente dichiara:

- di aver ricevuto la Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e l'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';
- di essere informato che sono disponibili sul sito www.fondopensionemedici.it la Nota informativa, lo statuto e ogni altra documentazione attinente al fondo pensione;
- di aver sottoscritto la Scheda 'I costi' della forma pensionistica a cui risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare che redige la Scheda 'I costi');
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nella Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' e nell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico dei costi (ISC) riportato nella Scheda 'I costi' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa;
 - in merito al paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione', nella Scheda 'Presentazione' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP e contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipo, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.fondopensionemedici.it;
- di aver sottoscritto il 'Questionario di Autovalutazione';
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, e si impegna a comunicare ogni successiva variazione;
- di essere a conoscenza che, nel caso in cui la posizione individuale rimanga priva del tutto di consistenza per un anno, l'aderente può perdere la propria qualifica; in tali casi, infatti, il fondo può avvalersi della clausola risolutiva espressa comunicando all'aderente, almeno 60 giorni prima del decorso del termine, che provvederà alla cancellazione dello stesso dal libro degli aderenti, salvo che questi effettui un versamento prima del decorso del suddetto termine.

Luogo e data _____/_____/_____

Firma Aderente _____

DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE E DI ACCETTARE CHE:

FONDO PENSIONE MEDICI è sollevato da ogni responsabilità derivante dal mancato immediato aggiornamento dei dati personali dell'interessato, dagli eventuali disservizi della rete informatica, ovvero da lesioni in merito alla riservatezza e alla conservazione dei dati trasmessi a terzi, dovuti a cause non direttamente riconducibili e/o imputabili al Fondo.

Ove l'indirizzo e-mail fornito dall'interessato al Fondo per l'invio delle comunicazioni non sia aggiornato, FONDO PENSIONE MEDICI non è responsabile della mancata e/o puntuale ricezione delle suddette comunicazioni destinate all'interessato.

Luogo e data _____/_____/_____

Firma aderente _____

Questionario di Autovalutazione

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

1. Conoscenza dei fondi pensione
 - ne so poco
 - sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare di tipo finanziario o assicurativo
 - ho una conoscenza dei diversi tipi di fondi pensione e delle principali tipologie di prestazioni
2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione
 - non ne sono al corrente
 - so che le somme versate non sono liberamente disponibili
 - so che le somme sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge
3. A che età prevede di andare in pensione?
____ anni
4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)?
____ per cento
5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")?
 - sì
 - no
6. Ha verificato il paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione', nella Scheda 'Presentazione', della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa?
 - sì
 - no

CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

Per trarre indicazioni sulla congruità della opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7,8 e 9

7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)
 - Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)
 - Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)
 - Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3)
 - Non so/non rispondo (punteggio 1)
8. Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
 - 2 anni (punteggio 1)
 - 5 anni (punteggio 2)
 - 7 anni (punteggio 3)
 - 10 anni (punteggio 4)
 - 20 anni (punteggio 5)
 - Oltre 20 anni (punteggio 6)
9. In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?
 - Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
 - Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
 - Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto

Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta fra le diverse opzioni di investimento offerte dal fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione.

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del comparto	- Garantito - Obbligazionario puro - Obbligazionario misto	- Obbligazionario misto - Bilanciato	- Bilanciato - Azionario

In caso di adesione a più comparti la verifica di congruità sulla base del 'Questionario di autovalutazione' non risulta possibile ed è l'aderente a dover effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.

Luogo e data

____/____/____

L'aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Firma

[in alternativa]

L'aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Firma

Spazio riservato al soggetto incaricato della raccolta delle adesioni

IL SOTTOSCRITTO SI OBBLIGA ALLA CONSERVAZIONE IN ORIGINALE DEL PRESENTE E TRASMETTERLO
VIA POSTA ELETTRONICA ENTRO 15 GIORNI DALLA SOTTOSCRIZIONE

Timbro e firma

.....

INFORMAZIONI PRIVACY

(Aggiornate ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice Privacy, così come novellato dal D. Lgs. 101/2018)

Il Fondo Pensione Medici con sede legale in Via Rodi 24, C.F. 96110000583, (in seguito "Titolare"), in qualità di Titolare del trattamento informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 (in seguito "GDPR") e del Codice Privacy, così come novellato dal D. Lgs. 101/2018, che i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. Oggetto del Trattamento

Il Titolare tratta i dati personali, anche di natura sensibile (in seguito "dati personali" o "dati") riguardanti l'interessato. Tali dati sono trattati unicamente nel quadro delle finalità sotto descritte.

2. Finalità del Trattamento

I dati personali, tra cui quelli particolari, sono raccolti direttamente presso l'interessato o presso l'azienda o presso i terzi abilitati alla raccolta delle adesioni.

Il Fondo Pensione Medici tratterà i Vostri Dati Personali solo se:

- il trattamento è necessario per adempiere ad obblighi di legge o regolatori, anche comunitari, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate;
- per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio nonché delle altre prestazioni disciplinate dal D.lgs. 252/2005.

Il conferimento dei dati personali e particolari ha natura facoltativa tuttavia il rifiuto a fornirli determinerà l'impossibilità, per il Fondo Pensione Medici, di adempiere le finalità ivi indicate.

3. Modalità di Trattamento

Il trattamento dei dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4, par. 1, n. 2 GDPR e più precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

I dati sono trattati dal Titolare con modalità, strumenti e procedure informatiche, telematiche o cartacee, strettamente necessarie per realizzare le finalità descritte al punto n. 2.

4. Periodo di Conservazione

I dati personali verranno conservati per un periodo congruo alla realizzazione delle finalità di contatto; i suddetti dati potranno essere conservati per un periodo superiore secondo legge vigente.

5. Accesso ai dati personali

I dati potranno essere accessibili per le finalità di cui al punto n. 2:

- Dalle persone autorizzate specificamente nominate per iscritto dal Titolare nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute;
- società terze o altri soggetti che svolgono attività di outsourcing per conto del Titolare, nella loro qualità di Responsabili del trattamento.

6. Trasferimento dei dati personali

I dati personali non sono oggetto di diffusione o comunicazione a Terzi, se non nei casi previsti dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite.

Per realizzare le attività istituzionali svolte dal Titolare può essere necessario comunicare i dati personali:

- a soggetti deputati alla gestione dei contributi previdenziale complementari e all'erogazione delle prestazioni pensionistiche complementari del Fondo Pensione;
- a terzi per la fornitura dei servizi di direzione e gestione, controllo interno, controllo contabile e dei servizi informatici e di archiviazione. L'elenco completo dei soggetti a cui i dati personali sono comunicati, l'elenco delle Persone Autorizzate, degli Amministratori di sistema e dei Responsabili del Trattamento dei dati è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente richiedendolo al Titolare.

7. Diritti dell'interessato

Il proprietario dei dati personali, nella sua qualità di interessato, dispone dei diritti di cui all'art. 15 GDPR e ss. precisamente i diritti di:

- i) ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- ii) ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del Titolare, dei Responsabili e del Rappresentante designato ai sensi dell'art. 27 GDPR; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Destinatari;
- iii) ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o la limitazione dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- iv) opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che La riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, mediante l'uso di sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore mediante e-mail e/o mediante modalità di marketing tradizionali mediante telefono e/o posta cartacea. Si fa presente che il diritto di opposizione dell'interessato, esposto al precedente punto b), per finalità di marketing diretto mediante modalità automatizzate si estende a quelle tradizionali e che comunque resta salva la possibilità per l'interessato di esercitare il diritto di opposizione anche solo in parte. Pertanto, l'interessato può decidere di ricevere solo comunicazioni mediante modalità tradizionali ovvero solo comunicazioni automatizzate oppure nessuna delle due tipologie di comunicazione.

Ove applicabili, l'interessato ha altresì i diritti di cui agli artt. 16-21 GDPR: diritto di rettifica, diritto all'oblio, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione, nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante (art. 77 GDPR e 141 Codice Privacy, così come novellato dal D. Lgs. 101/2018).

8. Modalità di esercizio dei diritti

Il soggetto interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando:

- una raccomandata a.r. a **Fondo Pensione Medici** - con sede legale in via Rodi 24, 00195 Roma (RM), oppure inviando una e-mail all'indirizzo info@fondopensionemedici.it ;

9. Identità e dati di contatto del:

• Titolare del trattamento - FONDO PENSIONE MEDICI

Nome e Cognome: Dott. Domenico Grisafi
E-mail: info@fondopensionemedici.it
PEC: segreteriafondopensionemedici@pec.it
Tel.: 06/31071059

• DPO (RPD) - SCUDO PRIVACY S.R.L.

Nome e Cognome: Dott. Carlo Villanacci
E-mail: dpo@scudoprivacysrl.com
PEC: scudoprivacy@legalmail.it
Tel.: 06/3221675

DICHIARAZIONE

Preso visione dell'informativa allegata al presente modulo, di cui forma in uno il documento integrale, **aggiornata ai sensi del Regolamento UE 216/679 e del Codice Privacy, come novellato dal D.lgs. 101/2018c**

ACCONSENTO:

- Al trattamento dei dati personali comuni e sensibili funzionali all'esercizio dell'attività istituzionali di previdenza complementare;
- Alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicati al punto 3 della suddetta informativa, i quali possono sottoporre i dati a trattamento per le finalità di cui al punto 2 della medesima informativa ed obbligatori per legge;
- Alla comunicazione degli stessi dati a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di archiviazione in qualità di responsabili esterni del trattamento ex art. 28 del GDPR;
- Al trasferimento degli stessi dati all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE) nel rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 45 e 46 GDPR.

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Dichiaro sotto la mia responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione stabiliti dallo statuto del FONDO PENSIONE MEDICI.

Importante: in ottemperanza a quanto previsto dal D. Lgs 252/2005 FONDO PENSIONE MEDICI ha provveduto a dare comunicazione a COVIP degli adeguamenti statutari previsti e al deposito presso COVIP della nota informativa.

Data _____

Firma dell'aderente _____

Il Presente foglio è da allegare alla Domanda di adesione