

## MODULO RICHIESTA LIQUIDAZIONE DIPENDENTI PUBBLICI

PATRONATO:  INCA  INAS  ITAL  ACLI  ALTRO \_\_\_\_\_

1 2 3 4 5

### DATI ADERENTE

(Da compilare in tutte le parti, la residenza indicata verrà utilizzata per i conteggi fiscali e la relativa corrispondenza)

IO SOTTOCRITTA/O Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso: M  F  Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )  
 Numero di Iscrizione/Socio: \_\_\_\_\_ Data iscrizione alla previdenza complementare: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
 Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )  
 Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare (Facoltativo): \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

1 2 3 4 5 6 7 8

### L'ADERENTE CHIEDE LA PRESTAZIONE

(Da compilare a cura dell'Aderente/Erede legittimo/Soggetto designato)

TIPOLOGIA DI EROGAZIONE selezionare una delle opzioni indicate	MODALITA' DI EROGAZIONE		TIPOLOGIA DI MOTIVAZIONE ove richiesto, selezionare l'opzione prescelta	
		CAPITALE		RENDITA
PRESTAZIONE PREVIDENZIALE INTEGRATIVA DI VECCHIAIA	<input type="checkbox"/>	____%	____%	<b>PENSIONAMENTO</b> Con 5 anni di partecipazione al Fondo e con età pensionabile stabilita dal regime obbligatorio di appartenenza.
PRESTAZIONE PREVIDENZIALE INTEGRATIVA DI ANZIANITA'	<input type="checkbox"/>	____%	____%	<b>CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA</b> Con 5 anni di partecipazione al Fondo e età inferiore di non più di 10 anni da quella stabilita per il diritto alla pensione di vecchiaia nel regime obbligatorio di appartenenza
RISCATTO PER PENSIONAMENTO SENZA RAGGIUNGIMENTO REQUISITI MINIMI	<input type="checkbox"/>	100%		<b>PENSIONAMENTO</b> All'età prevista dal regime obbligatorio di appartenenza Con meno 5 anni di partecipazione al Fondo o con una rendita calcolata inferiore all'assegno sociale di cui all'art.3, commi 6 e 7 della Legge 8 agosto 1995, n.335
RISCATTO PER PERDITA DEI REQUISITI	<input type="checkbox"/>	100%		<input type="checkbox"/> <b>VOLONTA' DELLE PARTI</b> (Dimissioni, Licenziamento, Scadenza Contratto, Risoluzione Consensuale)  <input type="checkbox"/> <b>CAUSA INDIPENDENTE DALLA VOLONTA' DELLE PARTI</b> (Mobilità, Fallimento, F.do Esuberi)
RISCATTO PER MORTE DELL'ADERENTE	<input type="checkbox"/>	100%		

Contributi "NON DEDOTTI" e non ancora comunicati € \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 (in lettere)

Banca \_\_\_\_\_ Filiale \_\_\_\_\_ Intestato a \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_  
 Cod. Paese Cod. Controllo CIN ABI (5 caratteri numerici) CAB (5 caratteri numerici) Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)

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.

Il Sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di posta elettronica indicato, il modello CU e si impegna a richiederne copia, in caso di mancata ricezione dello stesso, entro un mese dalla data di accredito dell'importo erogato.

Data compilazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma Aderente: \_\_\_\_\_



## DATI DEL DATORE DI LAVORO

(Da compilare a cura dell'Ente datore, riportando i dati relativi alla sede presso la quale l'Aderente presta la propria attività)

Denominazione e Ragione Sociale: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sede di: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_\_ )

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Ultimo contributo dovuto al Fondo Pensione € \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Data cessazione attività: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data compilazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Timbro e Firma del Datore di Lavoro: \_\_\_\_\_

Se sei servito dal Portale NOI PA il presente modulo non deve essere consegnato in amministrazione ma corredato comunque da un documento attestante la cessazione dell'attività lavorativa. (\*) Non comporta "perdita dei requisiti" il passaggio, per qualsiasi causa, senza soluzione di continuità, ad altre pubbliche amministrazioni o ente, anche privato, nel quale trova applicazione il Fondo Perseo Sirio.

## L'ADERENTE CHIEDE LA RENDITA

(Da compilare a cura dell'Aderente SOLO ED ESCLUSIVAMENTE nel caso abbia scelto la modalità di erogazione in RENDITA)

La liquidazione in forma di rendita nella misura del \_\_\_\_\_% della prestazione maturata.

**Tipologia di rendita immediata posticipata rivalutabile scelta** (età assicurativa dell'assicurato compresa tra i 50 e gli 80 anni):

- A) Vitalizia
- B) Vitalizia con 5 annualità certe
- C) Vitalizia con 10 annualità certe
- D) Vitalizia Reversibile nella misura del  60%,  70%,  80%,  100%:  
(età assicurativa del reversionario compresa tra i 40 e gli 80 anni)
- E) Vitalizia con controassicurazione in caso di decesso dell'Aderente
- F) Vitalizia con raddoppio in caso di insorgenza di Non Autosufficienza (1)

**(Qualora si opti per questa tipologia si ricorda di compilare il questionario sanitario previsto).**

Frequenza di erogazione:  Annuale  Semestrale  Trimestrale  Bimestrale  Mensile

(1) L'Opzione F prevede esclusivamente la rateazione Mensile, può essere richiesta solo qualora l'età assicurativa non superi i 70 anni ed è condizionata alla preventiva accettazione del rischio da parte della Società.

**N.B.:** l'erogazione della rendita è subordinata all'invio annuale del certificato di esistenza in vita dell'avente diritto; a tal fine la Società invierà apposita richiesta nella quale saranno riportate tutte le informazioni utili.

**Con Bonifico Bancario sul c/c specificato nella precedente sezione "L'aderente chiede la prestazione" del presente modulo.**

Il sottoscritto designa, in ragione della prestazione pensionistica in forma di rendita prescelta, il beneficiario della prestazione in caso di premorienza dell'assicurato, di cui al punto B) o C) in corso di pagamento delle annualità certe, il reversionario della prestazione di cui al punto D) o il beneficiario dell'eventuale capitale residuo al momento del decesso di cui al punto E), nella persona di:

IO SOTTOCRITTA/O Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Sesso: M  F  Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_\_ )

Tipo di documento: \_\_\_\_\_ Numero documento: \_\_\_\_\_ Ente di rilascio: \_\_\_\_\_ Data di rilascio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare (Facoltativo): \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_\_ )

Si ricorda che nel caso delle opzioni B), C) ed E) il beneficiario delle prestazioni in caso di decesso dell'aderente che avvenga rispettivamente entro 5, 10 anni o in qualsiasi momento, può essere sempre modificato e l'ultima designazione sostituisce tutte le precedenti. Nel caso dell'opzione D) il reversionario indicato con la presente richiesta non è successivamente modificabile.

**Il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 e successive modificazioni sotto la propria esclusiva responsabilità, è consapevole, 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. Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CU.**

Da allegare la seguente documentazione per l'Aderente e il Beneficiario/Reversionario (ove previsto):

- fotocopia di un documento d'identità valido;
- fotocopia del codice fiscale;
- questionario sanitario dell'Aderente (solo in caso di esercizio dell'opzione F).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma Assicurato \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma Responsabile Fondo Pensione \_\_\_\_\_

Per ulteriori informazioni consultare il Documento sulle rendite reperibile sul sito [www.fondoperseosirio.it](http://www.fondoperseosirio.it) nella sezione Documenti del Fondo.

**N.B.:** La domanda va compilata in tutte le parti richieste, l'incompleta compilazione della domanda e/o la mancanza delle firme previste, comporta la nullità della stessa.

Riportiamo l'Art.10, comma 3-ter del D.Lgs.124/93: "In caso di morte del lavoratore iscritto al Fondo Pensione prima del pensionamento per vecchiaia, la posizione individuale dello stesso, determinata ai sensi del comma 1, è riscattata dal coniuge, ovvero dai figli, ovvero, se già viventi a carico dell'iscritto, dai genitori. In mancanza di tali soggetti o di diverse disposizioni del lavoratore iscritto al Fondo, la posizione resta acquisita al Fondo Pensione".

### DATI CONIUGE (Da compilare in tutte le parti, la residenza indicata verrà utilizzata per i conteggi fiscali e la relativa corrispondenza)

IO SOTTOCRITTA/O Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso: M [ ] F [ ] Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )  
 Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
 Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )  
 Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare (Facoltativo): \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

### COORDINATE BANCARIE

Banca \_\_\_\_\_ Filiale \_\_\_\_\_ Intestato a \_\_\_\_\_  
 Codice IBAN: \_\_\_\_\_  
 Cod. Paese Cod. Controllo CIN ABI (5 caratteri numerici) CAB (5 caratteri numerici) Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)

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:

- ° quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.
- ° non vi sono altri ulteriori eredi legittimi o soggetti designati 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.

Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### ALTRO EREDE LEGITTIMO/ SOGGETTO DESIGNATO (Da compilare in tutte le parti, la residenza indicata verrà utilizzata per i conteggi fiscali e la relativa corrispondenza)

IO SOTTOCRITTA/O Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso: M [ ] F [ ] Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )  
 Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
 Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )  
 Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare (Facoltativo): \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

### COORDINATE BANCARIE

Banca \_\_\_\_\_ Filiale \_\_\_\_\_ Intestato a \_\_\_\_\_  
 Codice IBAN: \_\_\_\_\_  
 Cod. Paese Cod. Controllo CIN ABI (5 caratteri numerici) CAB (5 caratteri numerici) Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)

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:

- ° quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.
- ° non vi sono altri ulteriori eredi legittimi o soggetti designati 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.

Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE: PER EREDI LEGITTIMI SI INTENDONO I SOGGETTI INVIDUATI DALLA NORMATIVA DI SETTORE (D.Lgs 124/93)**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

LA/IL SOTTOCRITTA/O \_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )

e residente in \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )

via \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

### DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

di essere erede unico del/la sig/ra \_\_\_\_\_

di essere coerede del/la sig/ra \_\_\_\_\_

di essere soggetto designato dal/la sig/ra \_\_\_\_\_

per la quota di \_\_\_\_\_, unitamente agli altri coeredi appresso indicati per i quali allega analoga dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà:

coerede sig/ra \_\_\_\_\_

coerede sig/ra \_\_\_\_\_

coerede sig/ra \_\_\_\_\_

coerede sig/ra \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

### DATI ADERENTE

**DATI DELL'ADERENTE** (compilazione a cura dell'Aderente o degli Eredi Legittimi/Soggetti designati)

Nella sezione iniziale devono essere riportati i **dati anagrafici** dell'aderente anche in caso di **decesso** del medesimo. In caso di decesso va inoltre compilato l'apposito modulo previsto ed allegare la documentazione richiesta. Si ricorda che in caso di decesso dell'aderente devono presentare domanda di riscatto totale gli eredi legittimi/soggetti designati previsti dalla normativa sui fondi pensione.

### L'ADERENTE CHIEDE LA PRESTAZIONE

**OPZIONE PRESCELTA – TIPOLOGIA DI EROGAZIONE** (compilazione a cura dell'Aderente o degli Eredi legittimi/Soggetti designati)

**NB: Le opzioni consentite sono tra loro alternative:** Qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato. Per avere maggiori dettagli sulla fiscalità applicabile alle prestazioni erogate dai fondi pensione si può fare riferimento alla Circolare 29/E del 20/3/2001 dell'Agenzia delle Entrate.

**A) PRESTAZIONE PREVIDENZIALE** – Il diritto alla prestazione pensionistica complementare si acquisisce:  
- al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza dell'aderente, con almeno 5 anni di partecipazione alla previdenza complementare (cd. pensione complementare di vecchiaia);  
- prima della maturazione delle prestazioni pensionistiche nel regime obbligatorio (cd. pensione complementare di anzianità), qualora, in caso di cessazione dell'attività lavorativa, si sia in possesso dei seguenti requisiti:  
1) si abbia un'età di non più di 10 anni inferiore a quella stabilita per accedere alla pensione di vecchiaia nel regime pensionistico obbligatorio;  
2) si possa registrare un'adesione alla previdenza complementare di almeno 5 anni.  
In entrambi i casi, quindi, ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria per la richiesta delle prestazioni pensionistiche, 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.

**B) RISCATTO PER PERDITA DEI REQUISITI** – Il riscatto della posizione individuale può essere richiesto nel solo caso di perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo Pensione verificatosi prima del raggiungimento dei requisiti per l'erogazione della prestazione previdenziale. Si rammenta che il cambiamento dell'attività lavorativa ha rilevanza solo nel caso di passaggio a settori diversi da quelli previsti per l'adesione a Perseo Sirio.

**C) DECESSO** – Il decesso dell'iscritto va segnalato dagli eredi legittimi/soggetti designati

**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 2008 vanno indicati, se non ancora comunicati, i contributi non dedotti del 2007 e, se del caso, dei primi 6 mesi del 2008). Si ricorda che non devono essere indicati gli eventuali contributi versati a favore di familiari fiscalmente a carico.

### OPZIONE PRESCELTA – TIPOLOGIA DI MOTIVAZIONE E ALTRE INFORMAZIONI

**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 nei casi di interruzione involontaria.

**COORDINATE BANCARIE** (compilazione e sottoscrizione a cura dell'Aderente o degli Eredi legittimi/Soggetti designati)

Vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto presso cui deve essere effettuato il bonifico. Il conto deve essere intestato o cointestato al richiedente. E' indispensabile riportare tutti i codici dell'IBAN come riportati nell'estratto conto che periodicamente si riceve dalla banca. In caso di decesso dell'Aderente, gli eredi legittimi/soggetti designati devono comunicare le loro coordinate bancarie nel modulo per essi previsto.

### DATI DEL DATORE DI LAVORO

**DATI DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA** (compilazione e sottoscrizione a cura del Datore di Lavoro)

**DATA CESSAZIONE:** È la data in cui cessa l'attività lavorativa richiesta per la partecipazione al Fondo.

**ULTIMO CONTRIBUTO:** È opportuno segnalare l'importo dell'ultimo versamento (inteso come somma dei contributi Datoriali, Dipendente) dovuto al Fondo Pensione e la relativa data in cui è stato/sarà versato. L'informazione non pregiudica le operazioni.

### DATI PERSONALI DEGLI EREDI LEGITTIMI/SOGGETTI DESIGNATI

**CONIUGE:** Al coniuge spetta il diritto di riscattare **in via esclusiva** l'intera posizione dell'iscritto deceduto, con precedenza sulle altre categorie di eredi legittimi/soggetti designati previsti dal d.lgs. 124/93.

**ALTRI EREDI LEGITTIMI/SOGGETTI DESIGNATI:** In assenza del coniuge hanno diritto di riscattare la posizione dell'iscritto deceduto i **figli**, o, in loro assenza, i **genitori purché fiscalmente a carico**. Solo in mancanza di queste categorie, sono valide eventuali designazioni effettuate dall'iscritto.

**COORDINATE BANCARIE:** Vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto presso cui deve essere effettuato il bonifico. Il conto deve essere intestato o cointestato al richiedente. E' indispensabile riportare tutti i codici dell'IBAN come riportati nell'estratto conto che periodicamente si riceve dalla banca. Gli eredi legittimi/soggetti designati destinatari della prestazione devono comunicare le loro coordinate bancarie nel modulo per essi previsto.

**DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE:** È sempre necessario produrre il **certificato di morte**. Quando beneficiari sono il coniuge, o i figli o i genitori, è necessario produrre **certificato di stato di famiglia** attestante il rapporto di parentela con l'iscritto deceduto. Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere, nell'ipotesi di genitore fiscalmente a carico, la documentazione attestante il relativo status. Il **soggetto prescelto** dall'iscritto deve invece produrre la **documentazione idonea** a comprovare la propria designazione. In tutti i casi in cui il destinatario della prestazione sia un minore, in assenza del genitore esercente la potestà parentale, è necessario produrre copia del **provvedimento giudiziale** del giudice tutelare che autorizza il tutore a esercitare il riscatto della posizione individuale dell'iscritto deceduto a favore del minore; il presente modulo è in questo caso sottoscritto dal tutore. Inoltre va sempre allegato il modulo di consenso al trattamento dei dati personali, dopo aver letto attentamente l'Informativa allegata al presente modulo.

# INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

INFORMATIVA ex art. 13 del regolamento UE 2016/679

In conformità al Regolamento relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016), Fondo PERSEO SIRIO con sede legale in Via degli Scialoja, 3 - Tel. 06/85304484 - Fax 06/8416157 - PEC: protocollo@pec.perseosirio.it (di seguito "il Fondo Pensione"), in qualità di "Titolare del trattamento", è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali.

## 1. FONTE DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso del Fondo sono raccolti direttamente presso l'interessato ovvero presso terzi, intendendosi per tali principalmente i soggetti abilitati alla raccolta delle adesioni, nonché le società finanziarie che notificano la cessione del credito dell'interessato.

## 2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI E NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti al Fondo Pensione, sono effettuati:

- per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio nonché delle altre prestazioni disciplinate dal D.lgs. 5 dicembre 2005, n. 252;
- per gli obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate.
- per le finalità connesse all'esercizio delle prerogative di associato al Fondo, ivi compreso l'esercizio del diritto di voto per l'elezione dell'organo assembleare.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi.

I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori del Fondo Pensione, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo Pensione e in conformità alle istruzioni che saranno dallo stesso impartite.

Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per l'adempimento delle finalità perseguite dal Fondo Pensione. L'eventuale rifiuto di fornire i dati può dar luogo all'impossibilità di dare esecuzione agli adempimenti previsti dalla legge e dallo statuto del Fondo.

## 3. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Fondo Pensione potrà comunicare i dati personali acquisiti a soggetti e società esterne che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività.

I soggetti predetti potranno essere costituiti da:

- istituti bancari incaricati dell'attività di custodia e gestione del patrimonio;
- compagnie di assicurazione e società finanziarie incaricate della gestione delle risorse del Fondo Pensione;
- società di servizi amministrativi, contabili ed informatici;
- commissione elettorale.

I dati sono trasmessi alla Commissione di vigilanza sui fondi pensione per i compiti istituzionali dell'Autorità nonché ad altri organi di vigilanza nei casi previsti dalla normativa vigente.

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

Il Fondo Pensione, su richiesta dell'iscritto, fornirà l'elenco dei soggetti esterni ai quali i dati vengono trasmessi.

## 4. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Fondo Pensione conserverà i dati personali per un periodo di 10 (dieci) anni decorrenti dalla cessazione del rapporto con l'interessato.

## 5. DIRITTO DI ACCESSO AI DATI PERSONALI ED ALTRI DIRITTI

In relazione ai dati personali conferiti, l'Interessato potrà esercitare i diritti di cui al Regolamento UE 679/2016:

- diritto di accesso;
- diritto di ottenere la rettifica, l'integrazione, la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento degli stessi;
- diritto di opposizione al trattamento;
- diritto alla portabilità dei dati;
- diritto di revocare il consenso;
- diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali.

Preso visione e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma dell'Aderente/Erede/Legittimo/Soggetto designato o dell'esercente la potestà genitoriale: \_\_\_\_\_

Con riferimento ai dati personali appartenenti a particolari categorie ex art. 9, par. 1, del Regolamento, segnatamente i dati relativi alla salute trattati dal Fondo Pensione in concomitanza delle eventuali richieste di anticipazione per spese sanitarie o di riscatto per invalidità.

do il consenso  nego il consenso

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma dell'Aderente o dell'esercente la potestà genitoriale: \_\_\_\_\_

L'Interessato potrà esercitare i diritti di cui al Regolamento mediante trasmissione di una comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata o via PEC :

**protocollo@pec.perseosirio.it** - alla sede di Roma situata in Via degli Scialoja, 3.

In alternativa l'interessato potrà contattare direttamente il DPO (Data Protection Officer) all'indirizzo email indicato di seguito. Il Titolare del trattamento è il Fondo Pensione PERSEO SIRIO, con sede legale in Roma, Via degli Scialoja, 3. Il Titolare ha provveduto a nominare il Responsabile della protezione dei dati (DPO) contattabile all'indirizzo e-mail: **privacy@perseosirio.it**.

