

RICHIESTA DI EROGAZIONE IN RENDITA DELLA PRESTAZIONE

Il sottoscritto _____ C.F. _____ Sesso M F
nato a _____ prov. _____ il ____/____/_____
residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____
Via _____ n° _____ Tel. _____

contributi non dedotti ultimo anno (*compilare solo se non si è già provveduto*) € _____, ____ a seguito della
risoluzione del rapporto di lavoro in data ____/____/_____, avendo maturato il diritto alla prestazione
pensionistica complementare ai sensi dello Statuto di Previvolo ed avendo preso visione del Documento sulle
Rendite

CHIEDE L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA

- 50% in CAPITALE - 50% in RENDITA
-% (*massimo 50%*) in CAPITALE - % in RENDITA
- 100% in CAPITALE (*solo se l'importo delle rendite vitalizia senza reversibilità derivante dalla conversione del 70% del montante finale risulta inferiore al 50% dell'assegno sociale*)
- 100% in CAPITALE (*solo se il lavoratore è iscritto alla previdenza complementare prima del 28/04/1993*)

=====

SCelta DELLA TIPOLOGIA DI RENDITA

Avendo optato per l'erogazione totale o parziale di una rendita pensionistica, il sottoscritto dichiara di scegliere una delle seguenti tipologie:

- RENDITA IMMEDIATA RIVALUTABILE NON REVERSIBILE
- RENDITA IMMEDIATA RIVALUTABILE REVERSIBILE (*compilare anche la sezione relativa alla designazione del/i beneficiario/i reversionario/i e allegare copia del documento di identità dei beneficiari designati*)
- RENDITA IMMEDIATA CERTA PER 5 ANNI E POI VITALIZIA RIVALUTABILE
- RENDITA IMMEDIATA CERTA PER 10 ANNI E POI VITALIZIA RIVALUTABILE
- RENDITA IMMEDIATA CONTROASSICURATA (*compilare anche la sezione relativa alla designazione del/i beneficiario/i reversionario/i e allegare copia del documento di identità dei beneficiari designati*)

In aggiunta alla tipologia di rendita scelta, il sottoscritto può optare anche per la seguente possibilità che prevede il pagamento di una rendita aggiuntiva in caso di sopravvenuta perdita delle condizioni di autosufficienza nel corso del periodo di percezione della prestazione pensionistica complementare (barrare solo nel caso si intenda effettuare la scelta indicata)

- RENDITA DI NON AUTOSUFFICIENZA (LTC) A VITA INTERA

=====

SCelta DELLA PERIODICITA' DI PERCEZIONE DELLE RATE DI RENDITA

Il sottoscritto sceglie, inoltre, di percepire le rate di rendita, in via posticipata, con frequenza:

- MENSILE
- BIMESTRALE
- TRIMESTRALE
- QUADRIMESTRALE
- SEMESTRALE
- ANNUALE



Informativa contrattuale ramo Vita – Agenzia di Direzione

PROPOSTA / POLIZZA n.....

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari ⁽¹⁾, al fine di fornire i servizi assicurativi ⁽²⁾ da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti ⁽³⁾, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa ⁽⁴⁾.

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge ⁽⁵⁾ – non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento ⁽⁶⁾.

Lei potrà esercitare tali diritti e richiedere ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati, rivolgendosi a INA ASSITALIA S.p.A. - Servizio Privacy di Gruppo, Corso d'Italia, n. 33, 00198 Roma, tel. 06/ 4722.4865 fax 041/2593999, Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs.196/2003. Il sito www.inaassitalia.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati – eventualmente anche sensibili – effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Codice Fiscale	Nome e cognome dell'interessato (leggibili)	Firma
.....

Luogo e data

NOTE:

- (1) L'art. 4, co.1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.
- (2) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione delle prestazioni contrattuali, riassicurazione, coassicurazione, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno.
- (3) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario.
- (4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti, produttori d'agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM, fondi pensione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali, medici fiduciari, società del Gruppo e altre società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione dei contratti, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, nonché organismi istituzionali tra cui ISVAP, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed altre banche dati nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi).
- (5) Lo prevede ad esempio la disciplina contro il riciclaggio.
- (6) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

IAPRY002D/00*2007

INA ASSITALIA S.p.A. – Sede legale e Direzione Generale: Roma, Corso d'Italia 33 CAP 00198 – Capitale Sociale: Euro 368.628.450,00 i.v.



C.F. e iscr. nel Registro delle Imprese di Roma n. 00409920564 – P. IVA n. 00885351007 – Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni e della Riassicurazione nei rami Vita, Capitalizzazione e Danni con decreti del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del 2/12/1927 (G.U. del 15/12/1927 n°289). Tel. 06 8483.1 – Fax: 06 8483.3898 – Sito Internet: www.inaassitalia.it - e-mail: info@inaassitalia.it
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A.



NOTE PER LA COMPILAZIONE

IL PRESENTE MODULO PUO' ESSERE COMPILATO SOLO NEL CASO IN CUI L'ADERENTE ABBIA PERSO I REQUISITI DI PARTECIPAZIONE AL FONDO E ABBIA MATURATO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA COMPLEMENTARE

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI ED INVIATO IN ORIGINALE AL FONDO PREVIVOLO, VIALE DELLE MILIZIE 9, 00192 ROMA.

Ulteriori e più specifiche informazioni sono disponibili nel Documento sulle rendite

COMPILAZIONE A CURA DELL'ADERENTE

Opzioni scelte: le opzioni consentite per ciascuna tipologia di scelta sono tra loro alternative; qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato.

Qualora parte della prestazione debba essere erogata in forma di rendita, devono essere fornite le ulteriori informazioni richieste relative a frequenza di erogazione ed eventuali beneficiari, allegando al presente modulo copia del documento di identità del/i reversionario/i.

Contributi non dedotti: l'eventuale comunicazione dei contributi non dedotti, versati a Previvolo nell'ultimo anno e/o frazione di anno e se non già comunicati in precedenza, può essere resa contestualmente alla presente richiesta.

Coordinate bancarie: vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto su cui deve essere effettuato il bonifico di pagamento. Il conto corrente deve essere intestato al richiedente. E' indispensabile riportare tutti i codici indicati. In caso di decesso dell'aderente, i beneficiari devono comunicare le loro coordinate bancarie nel modulo per essi previsto.

Beneficiari: l'aderente ha facoltà di designare una o più persone fisiche o giuridiche quali beneficiari della propria posizione individuale. Non sono previsti limiti nella individuazione dei soggetti beneficiari. Questi vengono identificati al momento della richiesta di prestazione in rendita e non possono essere modificati, una volta iniziata l'erogazione della rendita stessa. Per ciascun beneficiario occorre specificare la percentuale di reversibilità.; in presenza di più reversionari, la somma delle percentuali di reversibilità indicate per ciascun reversionario non può superare il 100%.

Informativa Privacy: il modulo contenente l'infomativa sulla privacy va compilato dall'iscritto e dagli eventuali reversionari.

Documentazione da produrre a cura del percettore della rendita: ogni anno, entro il 31 dicembre, è necessario inviare a Previvolo un certificato di esistenza in vita.

COMPILAZIONE A CURA DELL'AZIENDA

Ultimo versamento dei contributi a PREVIVOLO: è indispensabile segnalare sempre l'importo dell'ultimo versamento dovuto a Previvolo e la relativa data in cui è stato/sarà versato.

Aliquota applicata sul TFR: da indicare solo per i "vecchi iscritti".