FONDO PENSIONE AGENTI PROFESSIONISTI DI ASSICURAZIONE

www.fonage.it

DOMANDA DI PENSIONE ANTICIPATA

A norma degli artt. 8*bis* dello Statuto e 18 del Regolamento

Compilare la presente in ogni sua parte e spedire con i relativi allegati via **PEC** a: fondopensioneagenti@legalmail.it
o a mezzo **RACCOMANDATA A.R.** a: FONDO PENSIONE AGENTI - VIA DEL TRITONE 46 - 00187 ROMA
o in alternativa caricando la domanda e gli allegati tramite l'apposita **sezione dell'area riservata** del sito web www.fonage.it

Art. 8 bis - Prestazioni pensionistiche: pensione anticipata

I – Ai sensi della legge 214/11 la pensione diretta di anzianità assume la denominazione di pensione anticipata e spetta all'iscritto:

a) che sia cessato dall'attività agenziale;

b) che abbia compiuto il 60° (sessantesimo) anno di età;

c) che possa far valere almeno 35 anni di effettiva contribuzione al Fondo;

d) che abbia maturato i requisiti di accesso alla pensione anticipata stabiliti nel regime previdenziale obbligatorio, salvo quanto previsto al comma successivo.

Agli iscritti che abbiano già maturato il diritto alla pensione di anzianità entro il 31.12.2007 si applicano le disposizioni previgenti.

II - In deroga al precedente comma esclusivamente negli anni 2008 e 2009, ai fini della maturazione del diritto alla pensione di anzianità, occorrono rispettivamente 57 anni di età e 33 anni di effettiva contribuzione nonché 59 anni di età e 34 anni di effettiva contribuzione, salvo quanto disposto all'art. 7 bis del presente Statuto relativamente alla acquisizione del diritto allorché concorre contribuzione da prosecuzione volontaria. Negli anni 2008 e 2009 non trova applicazione il disposto di cui alla lett. d) del precedente comma.

III - I termini e le modalità per l'esercizio dei diritti previsti nei commi precedenti delle relative prestazioni sono disciplinati nel Regolamento di esecuzione.

Art. 18 del regolamento - Decorrenza e cessazione pensione anticipata

I - La pensione anticipata decorre dal primo giorno del mese successivo a quello della presentazione della domanda, sempre che a tale data risultino perfezionati tutti i requisiti.

II - Nel caso di ripresa - sotto qualsiasi forma e titolo - dell'attività agenziale anche se con Impresa non aderente al Fondo, di cui l'interessato ha l'obbligo di dare immediata comunicazione, l'erogazione della pensione anticipata cessa dalla rata del mese di conferimento del nuovo incarico; in caso di ripresa dell'attività agenziale con Impresa aderente al Fondo l'obbligo contributivo riprende vigore a tutti gli effetti dall'anno successivo.

III - Al compimento del 65° (sessantacinquesimo) anno di età la pensione anticipata è equiparata ad ogni effetto alla pensione di vecchiaia

FPA
FONDO PENSIONE AGENTI PROFESSIONISTI DI ASSICURAZIONE
www.fonage.it

DOMANDA DI PENSIONE ANTICIPATA

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a il ..... a ..... prov. .....

Residenza:
Comune ..... prov. ..... c.a.p. .....

Via ..... n. civico .....

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | Tel. ..... / .....

Indirizzo di posta elettronica :.....@.....

essendo nelle condizioni previste dall'art. 8 bis dello Statuto chiede la liquidazione della pensione anticipata, che verrà erogata in 6 rate bimestrali anticipate, al netto del contributo per spese di gestione (Art. 6, comma IV, dello Statuto) pari a euro 1,00 mensili.

Chiede altresì che il pagamento della pensione avvenga mediante accredito su C/C bancario (compilare modulo a pag. 4)

Firma .....

IL SOTTOSCRITTO, A CONOSCENZA CHE CONDIZIONE PER IL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALLA PENSIONE ANTICIPATA E' LA TOTALE CESSAZIONE DELL'ESPLETAMENTO DELL'ATTIVITA' DI AGENTE PROFESSIONISTA DI ASSICURAZIONE, SI IMPEGNA A RENDERE IMMEDIATAMENTE EDOTTO IL FONDO PENSIONE DELLA RIPRESA **SOTTO QUALSIASI FORMA E TITOLO** DELL'ATTIVITA' DI AGENTE PROFESSIONISTA DI ASSICURAZIONE, ANCHE SE CON IMPRESA **NON** ADERENTE AL FONDO.

DICHIARA, ALTRESI', DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA RIPRESA **SOTTO QUALSIASI FORMA E TITOLO** DELL'ATTIVITA' DI AGENTE PROFESSIONISTA DI ASSICURAZIONE, ANCHE SE CON IMPRESA **NON** ADERENTE AL FONDO, SE AVVENUTA PRIMA DEL COMPIMENTO DELL' ETA' PENSIONABILE PER VECCHIAIA, COMPORTA IL VENIR MENO DEL DIRITTO A PENSIONE ANTICIPATA DAL MESE DI RIPRESA DELL'ATTIVITA'; CON CONSEGUENTE OBBLIGO DI RESTITUIRE AL FONDO QUANTO DA TALE MESE PERCEPITO COME PENSIONE ANTICIPATA.

DATA ..... Firma .....

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

1) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE COMPILATA SUL MODULO A PAG. 3
2) CERTIFICATO DI STATO DI FAMIGLIA
3) DICHIARAZIONE AI FINI FISCALI COMPILATA SUL MODULO ALLEGATO N° 1
4) DICHIARAZIONE DELL'IMPRESA O DELLE IMPRESE PREPONENTI ATTESTANTE LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' AGENZIALE
5) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI ALLEGATO N. 2
6) FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO E TESSERA SANITARIA

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ il _____

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

di aver maturato i requisiti di accesso alla pensione anticipata stabiliti nel regime previdenziale obbligatorio di appartenenza ed **ALLEGA** il relativo **cerificato di liquidazione** della pensione obbligatoria ovvero idonea **documentazione** che attesti il possesso di suddetti requisiti.

Data ____/____/_____

_____

Firma del dichiarante per esteso e leggibile

FONDO PENSIONE AGENTI PROFESSIONISTI DI ASSICURAZIONE
www.fonage.it

RICHIESTA DI ACCREDITO PENSIONE SU C/C BANCARIO O BANCOPOSTA

_____sottoscritt_____

chiede di riscuotere le rate di pensione presso:

Nome Banca o Bancoposta _____

ATTENZIONE

In caso di libretti postali l'accredito è possibile solo se abilitati alla ricezione di bonifici in via telematica da enti di previdenza privati.

Via _____

Comune_____ CAP_____

CODICE IBAN

I T ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Fondo Pensione Agenti eventuali variazioni del codice IBAN in caso di modifica della ragione sociale dell'istituto di credito.

Data ____/____/_____ Firma _____

FPA
FONDO PENSIONE AGENTI PROFESSIONISTI DI ASSICURAZIONE
www.fonage.it

DETRAZIONI D'IMPOSTA 2024 ALLEGATO N.1

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 23 del D.P.R. 29/9/1973 N. 600 e successive modifiche

(Compilare il modulo in ogni sua parte e allegare alla domanda)

Sotto la propria responsabilità

Il sottoscritto/a: _____ _____ _____
cognome: *nome:* *cod.fisc*

Residenza fiscale al 1° gennaio:

Indirizzo: _____ *Comune:* _____ *prv* _____ *Nazione:* _____

DICHIARA

☐ **DI NON AVERE DIRITTO ALLE DETRAZIONI D'IMPOSTA PREVISTE DAGLI ARTT.12 e 13 DEL TUIR** (Es.:per presenza di altri redditi)

☐ **DI AVERE DIRITTO**, in quanto non già utilizzate, alle seguenti detrazioni:

☐SI ☐NO ***1) - DETRAZIONE PER REDDITI DI LAVORO DIPENDENTE ED ASSIMILATO***

☐ SI ☐NO ***2) - DETRAZIONE PER CONIUGE / 1° FIGLIO A CARICO*** (figlio di età pari o superiore a 21 anni)

Dati riferiti alternativamente a:	Dati anagrafici	mesi a carico
☐ **CONIUGE (*)** *oppure* ☐ **1° FIGLIO (**)**	*cod.fisc* _____ *cognome* _____ *nome:* _____ *data di nascita:* ___/___/_____ *comune di nascita:* _____ *prv:* ___ *nazione:* _____	

(*) Coniuge che non sia legalmente ed effettivamente separato
(**) La detrazione per il primo figlio spetta in sostituzione del coniuge nei seguenti casi:
- l'altro genitore manchi e il contribuente non si sia sposato o se risposato, si sia poi legalmente ed effettivamente separato;
- il figlio naturale sia riconosciuto dal solo contribuente, se quest'ultimo non è coniugato o è legalmente ed effettivamente separato;
- il contribuente possa dimostrare che la prole è rimasta esclusivamente a proprio carico;
- da certificazione dell'autorità giudiziaria risulti lo stato di abbandono dell'altro genitore.

☐ SI ☐NO ***3) - DETRAZIONE PER FIGLI A CARICO*** (figlio di età pari o superiore a 21anni)

N° figlio	Dati anagrafici	mesi a carico	Portatore Handicap	% a carico
1	*cod.fisc* _____ *cognome* _____ *nome:* _____ *data di nascita:* ___/___/_____ *comune di nascita:* _____ *prv:* ___ *nazione:* _____			
2	*cod.fisc* _____ *cognome* _____ *nome:* _____ *data di nascita:* ___/___/_____ *comune di nascita:* _____ *prv:* ___ *nazione:* _____			
3	*cod.fisc* _____ *cognome* _____ *nome:* _____ *data di nascita:* ___/___/_____ *comune di nascita:* _____ *prv:* ___ *nazione:* _____			

***N.B.** La detrazione è ripartita nella misura del 50% tra i genitori non legalmente ed effettivamente separati ovvero, previo accordo tra gli stessi, spetta al genitore che posiede un reddito complessivo più elevato. Il 100% puo' comunque essere richiesto dal richiedente qualora il coniuge sia a carico.*

☐ SI ☐NO ***4) - DETRAZIONE PER ALTRI FAMIGLIARI A CARICO***

N° famigl	Dati anagrafici	mesi a carico	% a carico
1	*cod.fisc* _____ *cognome* _____ *nome:* _____ *data di nascita:* ___/___/_____ *comune di nascita:* _____ *prv:* ___ *nazione:* _____		

***N.B.** Per le detrazioni di cui sopra indicare anche se il famigliare è a carico per l'intero anno oppure per un periodo più limitato.*

chiede che ai fini dell'applicazione delle detrazioni sopra richieste venga considerato:

☐ il solo reddito erogato del Fondo (Pensione o Riscatto).

☐ il totale di tutti i redditi di lavoro dipendente più ogni altro reddito dell'anno per un importo complessivo di _____ euro.

***N.B.** L'unità immobiliare adibita ad abitazione principale (e le relative pertinenze) è esclusa dal reddito complessivo utile per la determinazione delle detrazioni. Contrassegnando la prima casella tutte le detrazioni spettanti saranno calcolate in base al reddito erogato da codesto Fondo Pensione. Contrassegnando la seconda casella tutte le detrazioni spettanti saranno calcolate sull'importo complessivo che dovrà essere obbligatoriamente indicato.*

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione a quanto sopra indicato.

Data _____ **Firma** _____

FPA
FONDO PENSIONE AGENTI PROFESSIONISTI DI ASSICURAZIONE
www.fonage.it

INFORMATIVA RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 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) il Fondo pensione per gli Agenti di assicurazione rende la prevista Informativa in ordine alla finalità ed alla modalità della gestione dei dati personali (comuni e particolari) posta in essere.

1. Finalità del Trattamento e base giuridica

Il Fondo Pensione per gli Agenti Professionisti di Assicurazione (di seguito FPA) attua a favore degli iscritti una forma di previdenza complementare aggiuntiva del sistema obbligatorio pubblico che contempla trattamenti pensionistici di vecchiaia, anticipata, di invalidità ed ai superstiti dell'iscritto. A tal fine, FPA provvede alla raccolta dei contributi, alla gestione delle risorse, all'accertamento del diritto alle prestazioni ed alla conseguente erogazione, secondo quanto disposto dal proprio Statuto/Regolamento, adeguato ai sensi dell'art.20, comma 2 del D.Lgs 252/05. Il Fondo non ha fini di lucro.

I dati personali (comuni e particolari) che FPA acquisisce sono strettamente limitati a quelli occorrenti ai fini di una corretta e puntuale applicazione dello Statuto/Regolamento del Fondo nonché della normativa di settore. L'acquisizione dei dati stessi è indispensabile per realizzare le progettate finalità istituzionali del Fondo. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio ed il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati comporta l'impossibilità per FPA di gestire la posizione ed erogare a favore del richiedente le prestazioni previste.

2. Modalità del Trattamento

I dati personali in possesso di FPA sono raccolti direttamente presso ciascun interessato ovvero presso terzi, intendendosi per tali le Imprese di assicurazione mandanti. Il trattamento dei dati personali è effettuato con strumenti manuali, e/o informatici e telematici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e comunque in modo da garantire la sicurezza, la riservatezza e la protezione dei dati stessi.

I dati personali trattati sono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti e sottoposti a trattamento. In particolare, i dati personali di ciascun iscritto vengono conservati per tutto il periodo di iscrizione al Fondo, e comunque per un periodo di 10 (dieci) anni decorrenti dalla cessazione del rapporto in ipotesi di uscita anticipata, ovvero dal decesso dell'ultimo familiare superstite.

Successivamente, i dati saranno resi anonimi.

3. Comunicazione e diffusione dei dati

FPA potrebbe avere l'esigenza di comunicare i dati personali acquisiti (comuni e/o particolari) a soggetti e società esterne che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività. I predetti soggetti potranno essere costituiti da:

• Imprese di assicurazione con le quali l'Agente ha svolto attività agenziale, ai fini della regolarizzazione contributiva dei relativi periodi di attività ovvero alle Imprese con le quali l'agente iscritto assume ulteriori mandati;
• altri Fondi pensione (anche Esteri) cui deve essere effettuato il trasferimento dei contributi a seguito di esplicita richiesta dell'Iscritto;
• medici incaricati dell'esame accertamento dello stato di invalidità o inabilità ai fini del riconoscimento del diritto delle relative prestazioni (su esplicita richiesta dell'interessato);
• enti o istituzioni pubbliche che ne facessero richiesta a norma di legge (ad es: Agenzia delle Entrate, Casellario dei pensionati, Covip, Anagrafe Tributaria etc…);
• società che gestiscono servizi postali informatizzati specializzate per l'invio di comunicazioni agli iscritti;
• società che gestiscono servizi di archiviazione fisica dei documenti già archiviati otticamente;
• Società di informatica per la gestione dei dati contenuti nelle aree riservate del sito internet www.fonage.it. (che potrebbero condividere i dati raccolti con servizi localizzati al di fuori dell'UE)
• istituti di credito (anche Esteri) per il pagamento delle prestazioni dovute;
• banche dati collegate ad enti locali o enti pubblici, per acquisire informazioni anagrafiche ed esonerare, quindi, gli iscritti a fornire certificazioni altrimenti dovute;
• consulente legale, fiscale, contabile, attuariale e tributario del Fondo.

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

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

4. Diritti dell'interessato

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 nelle circostanze previste dalla legge;
– 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.

L'interessato potrà far valere i propri diritti con richiesta scritta inviata, a mezzo raccomandata A.R., *a FPA – Fondo Pensione Agenti Professionali di Assicurazione c.a Direttore Generale, via del Tritone 46, 00187* Roma ovvero all'indirizzo e-mail **privacy@fonage.it**.

5. Titolare del Trattamento

Il titolare del trattamento dei dati personali è FPA – Fondo Pensione Agenti Professionali di Assicurazione –nella persona del suo Presidente pro-tempore, con sede in via del Tritone 46, 00187 Roma.

Premesso quanto sopra è necessario che Ella fornisca il Suo consenso al fine di poter utilizzare i dati a Lei relativi. A tale fine La preghiamo di voler apporre la Sua firma sotto l'autorizzazione in calce.

FONDO PENSIONE AGENTI
PROFESSIONISTI DI ASSICURAZIONE

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016

Preso atto dell'informativa di cui sopra acconsento al "trattamento" dei dati personali anche appartenenti alle particolari categorie previste dall' art. 9, paragrafo 1, del Regolamento, quali ad esempio i dati relativi alla salute.

(Scrivere in stampatello).

Cognome _____ **Nome** _____

Codice fiscale _____

Data _____ **Firma** _____