

DOMANDA DI PENSIONE DI INVALIDITÀ'

A norma degli artt. 11bis dello Statuto e 19 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

Art. 11bis dello Statuto - Prestazioni accessorie: pensione di invalidità

I - La pensione di invalidità spetta a qualunque età, a condizione comunque che alla data di decorrenza della prestazione non sia stato superato il 65° (sessantacinquesimo) anno di età, all'iscritto:

a) la cui capacità di lavoro, nella specifica attività professionale di Agente in gestione libera, sia divenuta nulla in modo permanente per infermità, difetto fisico o mentale o per infortunio;

b) che possa far valere almeno cinque anni di effettiva contribuzione al Fondo, esclusa quella da prosecuzione volontaria versata a norma dell'art. 7 bis del presente Statuto;

c) che abbia cessato l'attività quale Agente;

d) sempre che, alla data della domanda o del perfezionamento dei requisiti se successiva, non siano trascorsi più di tre anni dal 1° gennaio dell'anno cui si riferisce l'ultima contribuzione utile versata a norma degli articoli 7 del presente Statuto e 12 del Regolamento di esecuzione.

II - La pensione di invalidità non è concessa se lo stato invalidante è anteriore all'iscrizione al Fondo.

III - In 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, viene meno il diritto alla prestazione con conseguente cessazione della sua erogazione dalla rata del mese di conferimento del nuovo incarico.

IV - La concessione di una nuova pensione diretta non potrà avvenire che a seguito di nuova domanda, sempre che ne sussistano i requisiti.

V - Le modalità di accertamento dello stato di invalidità nonché i termini di decorrenza della relativa prestazione sono stabiliti nel Regolamento di esecuzione.

Art. 19 del Regolamento - Pensione di invalidità - Accertamento stato invalidità Contestazione del relativo giudizio - Decorrenza della pensione

I - Per l'accertamento dello stato di invalidità, ai fini del riconoscimento della pensione prevista dall'art. 11bis dello Statuto, l'Agente è tenuto a fornire al Fondo la documentazione medica richiestagli ed a sottoporsi agli accertamenti sanitari ritenuti necessari a tale fine; il rifiuto dell'Agente comporta la reiezione della domanda di pensione.

II - In caso di contestazione, da parte dell'Agente, del giudizio dei medici incaricati dal Fondo, la decisione viene deferita ad un Collegio di tre medici, di cui uno designato dal Fondo, uno dall'Agente ed uno di comune accordo tra le parti o, in difetto, dal medico provinciale di Roma. La sede del Collegio medico è in Roma.

III - Detta contestazione dovrà essere esperita entro 90 (novanta) giorni dalla ricezione del provvedimento di reiezione a mezzo raccomandata A.R., con contestuale indicazione del medico di fiducia.

IV - La decisione del Collegio medico è definitiva e non è soggetta ad impugnazione di merito.

V - Le spese relative alla convocazione ed alle prestazioni professionali dei componenti del Collegio medico sono a carico della parte soccombente.

VI - La pensione di invalidità decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello della presentazione della domanda o del perfezionamento - se posteriore alla domanda - di tutti i requisiti precisati all'art.11bis dello Statuto.

DOMANDA DI PENSIONE DI INVALIDITA'

I sottoscritt.....

nat.... il a prov.

Residenza anagrafica:

Comune prov. c.a.p.

Via n. civico

codice fiscale n. Telefono /

indirizzo di posta elettronica :.....@.....

essendo nelle condizioni previste dall'art. 11bis dello Statuto chiede la liquidazione della pensione di invalidità, 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 il modulo a pag. 3).

Firma

IL SOTTOSCRITTO, A CONOSCENZA CHE PRESUPPOSTO PER LA CONCESSIONE DELLA PENSIONE DI INVALIDITA' E' LA PERDITA TOTALE E PERMANENTE DELLA CAPACITA' DI GUADAGNO NELLA SPECIFICA 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, ANCH'E SE CON IMPRESA **NON** ADERENTE AL FONDO, COMPORTA IL VENIR MENO DEL DIRITTO A PENSIONE DI INVALIDITA' DAL MESE DI RIPRESA DELL'ATTIVITA', CON CONSEGUENTE OBBLIGO DI RESTITUIRE AL FONDO PENSIONE QUANTO DA TALE MESE PERCEPITO QUALE PENSIONATO DI INVALIDITA'.

Firma

IN RELAZIONE ALLA PRESENTE DOMANDA DI PENSIONE DI INVALIDITA' PROSCIOGNIE DAL SEGRETO TUTTI I MEDICI ALLE CUI PRESTAZIONI SIA RICORSO, NONCHE' GLI OSPEDALI, LE CLINICHE, LE CASE DI CURA, GLI ENTI ED ISTITUTI IN GENERE, PUBBLICI E PRIVATI, CHE SIANO IN POSSESSO DI NOTIZIE DI CARATTERE SANITARIO CHE LO RIGUARDINO, AI QUALI IL FONDO PENSIONE CREDESSSE RIVOLGERSI, ESPRESSAMENTE AUTORIZZANDOLI ED INVITANDOLI A RILASCIARE OGNI RELATIVA INFORMAZIONE, CERTIFICAZIONE E DOCUMENTAZIONE.

Data Firma

ALLEGAI SEGUENTI DOCUMENTI:

- 1) CERTIFICATO DI STATO DI FAMIGLIA
- 2) DICHIARAZIONE AI FINI FISCALI COMPILATA SUL MODULO ALLEGATO N° 1
- 3) DICHIARAZIONE DELL'IMPRESA O DELLE IMPRESE PREPONENTI ATTESTANTE LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' AGENZIALE
- 4) CERTIFICATO MEDICO REDATTO SUL MODULO PREDISPOSTO DAL FONDO
- 5) DICHIARAZIONE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ALLEGATO N° 2
- 6) FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO E TESSERA SANITARIA

RICHIESTA DI ACCREDITO PENSIONE SU C/C BANCARIO O BANCOPOSTA

sottoscritt

chiede di riscuotere le rate di pensione presso:

Banca o Bancoposta*

**escluso libretto postale*

Via

Comune _____ CAP _____

CODICE IBAN

I T |

Si impegna infine 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



FONDO PENSIONE AGENTI PROFESSIONISTI DI ASSICURAZIONE
www.fonage.it

Sede: 00187 ROMA - Via del Tritone, 46
Tel. 06697643.1 - Fax 0669941107

L'Agente cui si riferisce il presente referto è stato identificato dal
Medico certificante con documento N°
rilasciato da

(timbro e firma del Medico)

CERTIFICATO MEDICO

DA COMPILEARE A MACCHINA O IN STAMPATELLO

QUALORA LA SCRITTURA NON RISULTASSE CHIARAMENTE LEGGIBILE IL CERTIFICATO VERRÀ RESTITUITO
PER UNA NUOVA PIÙ CHIARA COMPILAZIONE.

Cognome e Nome

nat..... il domiciliat..... a

Via stato civile

data cessazione attività agenziale per

ANAMNESI (*in particolare evidenziare ricoveri ospedalieri di cui dovranno essere possibilmente allegate le relative cartelle cliniche*).

Remota

.....

.....

.....

.....

Prossima

.....

.....

.....

.....

STATO GENERALE: alt. peso Kg.
cute, amnessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosità, dermatosi, ulcerazioni, edemi, fistole, neoformazioni, cicatrici, sfregi, ecc.)

.....
.....
.....
.....

Capo:

.....
.....
.....
.....

APP. CARDIOVASCOLARE:

.....
.....
.....
.....

Polso: Respiro: Press. Arter.:

Vasi:

.....
.....
.....

APP. RESPIRATORIO:

.....
.....
.....

APP. DIGERENTE:

.....
.....
.....

Organi ipocondriaci:

Fegato:

.....
.....

Milza:

.....
.....

APP. OSTEOARTICOLARE: (*in particolare evidenza le limitazioni funzionali*)

.....
.....
.....
.....

SISTEMA ENDOCRINO:

.....
.....
.....

SISTEMA NERVOSO:

PSICHE:

OCCHIE VISTA:.....

.....
.....
.....

ORECCHIO E UDITO:

APP.UROGENITALE:

ALTRI ORGANI E APPARATI:

Documentazioni sanitarie allegate (copia cartelle cliniche - accertamenti mutualistici - esami ematoclinici - esami radiografici - referti specialistici, ecc.):

- 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)

Eventuali terapie praticate:

DIAGNOSI:
.....

Considerazioni sui motivi clinici e medico legali che inducono a ritenere raggiunti gli estremi dell'inabilità:

(Timbro del Medico)

Data

(Firma del Medico)

Sotto la propria responsabilità

Il sottoscritto/a: _____ cognome: _____ nome: _____ cod.fisc: _____
 Residenza fiscale al 1° gennaio:
 Indirizzo: _____ Comune: _____ prov: _____ 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 compresa tra 21 e 29 anni. Dai 30 anni in poi SOLO in ipotesi di disabilità)

Dati riferiti alternativamente a:	Dati anagrafici	mesi a carico
<input type="checkbox"/> CONIUGE (*) oppure	cod.fisc. _____ cognome _____ nome: _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1° FIGLIO (**) <input type="checkbox"/> disable	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 manche 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 le prole è rimasta esclusivamente a proprio carico;
- da certificazioni dell'autorità giudiziaria risulti lo stato di abbandono dell'altro genitore.

SI NO **3) - DETRAZIONE PER FIGLI A CARICO** (figlio di età compresa tra 21 e 29 anni. Dai 30 anni in poi SOLO in ipotesi di disabilità)

N° figlio	Dati anagrafici	mesi a carico	Disable	% 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 possiede un reddito complessivo più elevato. Il 100% può comunque essere richiesto dal richiedente qualora il coniuge sia a carico.

SI NO **4) - DETRAZIONE PER ASCENDENTI 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 familiare 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 questo 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 _____

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 Personalini.

L'interessato potrà far valere i propri diritti con richiesta scritta inviata, a mezzo raccomandata A.R., a FPA – Fondo Pensione Agenti Professionisti 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 Professionisti 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 _____