

DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIAIA

A norma degli artt. 8 dello Statuto e 17 del Regolamento

Compilare la presente in ogni sua parte e rispedire con i relativi allegati a mezzo RACCOMANDATA A.R. a:

FONDO PENSIONE AGENTI - VIA DEL TRITONE 46 - 00187 ROMA

o in alternativa via mail pec a fondopensioneagenti@legalmail.it

Art. 8 dello statuto - Prestazioni pensionistiche: pensione di vecchiaia

I - A decorrere dall'1.1.2008 la pensione diretta di vecchiaia spetta all'iscritto:

a) che abbia compiuto il 65° (sessantacinquesimo) anno di età;

b) che possa far valere almeno quindici anni di effettiva contribuzione al Fondo, salvo quanto disposto dall'art. 7 bis del presente Statuto relativamente alla acquisizione del diritto allorché concorre contribuzione da prosecuzione volontaria;

c) che abbia maturato i requisiti di accesso alla prestazione di vecchiaia stabiliti nel regime previdenziale obbligatorio.

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

Art. 17 del regolamento - Decorrenza pensione vecchiaia

I - La pensione di vecchiaia decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di compimento del 65° (sessantacinquesimo) anno di età o del maturarsi del diritto, qualunque sia la data di presentazione della domanda, salvo quanto disposto dall'art. 7 bis, comma XV, dello Statuto, nonché negli articoli di competenza in ordine alla decorrenza delle prestazioni allorché a determinarne il diritto concorrono contributi da riscatto, regolarizzazione, ovvero versati oltre i termini stabiliti.

DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIAIA

..... I sottoscritt.....

nat..... il a prov.

Residenza anagrafica:	
Comune	prov. c.a.p.
Via n. civico	

Domicilio fiscale: (Specificare solo se diverso dalla residenza anagrafica)	
Comune	prov. c.a.p.
Via n. civico	

codice fiscale n.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Telefono /

indirizzo di posta elettronica :@.....

essendo nelle condizioni previste dall'art. 8 dello Statuto **chiede la liquidazione della pensione di vecchiaia**, 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. 4)

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) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI ALLEGATO N° 2
- 5) FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO E TESSERA SANITARIA

Data

Firma

DA COMPILARE SE NON SI E' ANCORA IN POSSESSO DEL CERTIFICATO DI PENSIONE
DELL' ASSICURAZIONE GENERALE OBBLIGATORIA DI APPARTENENZA
(es.: INPS, Enasarco, Casse professionali).

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 - D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445)**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 455 in caso di dichiarazioni mendaci ed ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di aver maturato il diritto alla pensione di VECCHIAIA nel regime generale obbligatorio di appartenenza:

(*) _____

e si impegna ad inviare agli uffici del Fondo Pensione Agenti il certificato di pensione non appena verrà rilasciato dall'Ente preposto, autorizzando il Fondo Pensione Agenti a verificare la veridicità di quanto dichiarato esercitando i controlli previsti dall'art. 71 del D.P.R. 445/00 presso l'Ente pensionistico competente.

Di essere consapevole che qualora dalle verifiche effettuate presso il Casellario delle Pensioni dovesse risultare non veritiero quanto sopra dichiarato il Fondo Pensione Agenti potrà annullare la pensione e procedere al recupero dei rati corrisposti indebitamente.

(*) *Indicare l'Ente previdenziale dell'Assicurazione Generale Obbligatoria di appartenenza*

DA COMPILARE SE SI E' GIA' IN POSSESSO DEL CERTIFICATO DI PENSIONE
DELL' ASSICURAZIONE GENERALE OBBLIGATORIA DI APPARTENENZA
(es.: INPS, Enasarco, Casse professionali).

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

DICHIARA

di essere titolare della pensione di VECCHIAIA nel regime generale obbligatorio di appartenenza:

numero _____ categoria _____ decorrenza _____

(*) _____

ALLEGARE IL CERTIFICATO DI PENSIONE

(*) *Indicare l'Ente previdenziale dell'Assicurazione Generale Obbligatoria di appartenenza*

In fede

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 <i>In caso di libretti postali l'accredito è possibile solo se abilitati alla ricezione di bonifici in via telematica da enti di previdenza privati.</i>
Via _____
Comune _____ CAP _____
CODICE IBAN
I T <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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 _____

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 rispedire a: **FONDO PENSIONE AGENTI - VIA DEL TRITONE 46 - 00187 ROMA**)

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 ART.12 e 13 DEL TUIR** (Es.:per presenza di altri redditi)
 DI AVERE DIRITTO, nei limiti del reddito imponibile, alle seguenti detrazioni:

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

SI NO **2) - DETRAZIONE PER CONIUGE / 1° FIGLIO A CARICO**

Dati riferiti alternativamente a:	Dati anagrafici	mesi a carico
<input type="checkbox"/> CONIUGE (*) oppure	cod.fisc _____ cognome _____ nome: _____	
<input type="checkbox"/> 1° FIGLIO (**)	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** nella misura del 50% 100%

N° figlio	Dati anagrafici	mesi a carico	Portatore Handicap
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 ALTRI FAMILIARI 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.

SI NO **5) - ULTERIORE DETRAZIONE PER FAMIGLIE NUMEROSE** (almeno 4 figli a carico) nella misura del 50% 100%

N.B. La detrazione è ripartita nella misura del 50% tra i genitori non legalmente ed effettivamente separati. In caso di coniuge fiscalmente a carico dell'altro la detrazione compete a quest'ultimo per intero.

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 _____

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 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 _____