



COMUNICAZIONE DEI BENEFICIARI IN CASO DI MORTE DELL'ADERENTE

DATI DELL'ISCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ___/___/___
Comune (st. estero) di nascita: _____ Provincia: Telefono: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: ()

Il sottoscritto DESIGNA i Suoi Eredi Legittimi

IN ALTERNATIVA

Il sottoscritto, DESIGNA quali propri beneficiario/i:

DATI DEL BENEFICIARIO N° 1

Cognome/Ragione Sociale: _____ Nome:
Codice Fiscale/Partita IVA: _____ Sesso: M F Data di nascita: ___/___/___
Comune (st. estero) di nascita: _____ Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: ()
Percentuale di beneficio: _____%

DATI DEL BENEFICIARIO N° 2

Cognome/Ragione Sociale: _____ Nome:
Codice Fiscale/Partita IVA: _____ Sesso: M F Data di nascita: ___/___/___
Comune (st. estero) di nascita: _____ Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: ()
Percentuale di beneficio: _____%

DATI DEL BENEFICIARIO N° 3

Cognome/Ragione Sociale: _____ Nome:
Codice Fiscale/Partita IVA: _____ Sesso: M F Data di nascita: ___/___/___
Comune (st. estero) di nascita: _____ Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: ()
Percentuale di beneficio: _____%

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Si ricorda che in forza dell'art. 14, comma 3, del d.lgs. 252/05 in caso di decesso dell'iscritto prima della maturazione dei requisiti per la prestazione possono presentare domanda di riscatto gli eredi ovvero i diversi beneficiari, persone fisiche o giuridiche e, designati dall'iscritto. In mancanza di tali soggetti la posizione rimarrà acquisita al Fondo Pensione.

E' possibile indicare uno o più beneficiari della prestazione, precisando nella casella "Percentuale di beneficio" la percentuale della prestazione che si intende attribuire a ciascuno. Qualora si intendano designare diversi beneficiari tra di loro alternativi (ad es. il beneficiario n. 2 deve ricevere la prestazione solo in caso di morte del beneficiario n. 1) indicare per tutti la percentuale del 100%. Diversamente indicare la percentuale della prestazione che si intende attribuire a ciascuno rispetto al totale della prestazione disponibile.

N.B.: la presente designazione sostituisce ogni eventuale precedente indicazione di beneficiari effettuata dall'iscritto.

Data Compilazione: / /

Firma: _____



INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento EU 679/2016, dettato in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito anche Regolamento), "Fondo Pensione Complementare a Capitalizzazione per gli Esercenti le Professioni Sanitarie" con sede in Via Po, 22 - 00198 Roma, Titolare del trattamento, La informa che, il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per la gestione della designazione dei beneficiari; il conferimento dei dati è necessario per perseguire le finalità menzionate. Il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali. La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto al fondo e la conseguente determinazione del rapporto associativo, nonché gli obblighi di legge. I suoi dati personali saranno trattati per la durata del rapporto associativo e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa contabile e fiscale; tali dati saranno inoltre conservati nei limiti dei tempi prescrizione previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto associativo instaurato con il fondo. Inoltre, il Fondo la informa che nella gestione delle attività su menzionate verrà a conoscenza anche dei dati del/i beneficiario/i da Lei individuato/i. La invitiamo pertanto ad informare il beneficiario della comunicazione dei suoi dati personali al Fondo e a fornire copia della presente informativa. A tale riguardo, Le confermiamo che i Dati del beneficiario verranno trattati con la massima riservatezza, per il tempo necessario al perseguimento della finalità su menzionate. I dati personali forniti (anche quelli relativi al beneficiario), che non saranno diffusi, potranno essere comunicati ai soggetti che per conto del Fondo effettuano attività connesse alle finalità su menzionate, a terzi per la fornitura di servizi informatici e di archiviazione e a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria. La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dall'art. 15 e ss. del Regolamento, scrivendo a privacy@fondosanita.it. In particolare, l'interessato potrà:

- accedere ai suoi dati personali, ottenendo evidenza delle finalità perseguite da parte del Titolare, delle categorie di dati coinvolti, dei destinatari a cui gli stessi possono essere comunicati, del periodo di conservazione applicabile, dell'esistenza di processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze possibili per l'interessato, ove non già indicato nel testo di questa Informativa;
- ottenere senza ritardo la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano;
- ottenere, nei casi previsti dalla legge, la cancellazione dei suoi dati;
- ottenere la limitazione del trattamento o di opporsi allo stesso, quando ammesso in base alle previsioni di legge applicabili al caso specifico;
- ove lo ritenga opportuno, proporre reclamo all'autorità di controllo.