

1. DATI DELL'ADERENTE

(compilazione a cura dell'aderente)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--------------|---------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|---|------------------|-------------|
| Cognome: | _____ | Nome: | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice Fiscale: | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sesso: | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Data di nascita: | ___/___/___ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comune di nascita: | _____ | Prov: () | Tel.: | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo di residenza: | _____ | CAP: | e-mail: | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comune di residenza: | _____ | Provincia: | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. OPZIONE PRESCELTA per il trasferimento della posizione individuale

(compilazione a cura dell'aderente)

- A)** **TRASFERIMENTO per cessazione dei requisiti di partecipazione**, a seguito della cessazione dell'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo Pensione
- B)** **TRASFERIMENTO VOLONTARIO** senza che sia cessata l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo Pensione ed in presenza di almeno due anni di partecipazione al Fondo Pensione

Forma Pensionistica complementare di destinazione:

| | |
|---------------------|-------------------|
| Denominazione: | _____ |
| Indirizzo completo: | _____ Tel.: _____ |
| Indirizzo e-mail: | _____ |

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

(compilazione a cura dell'aderente)

Data 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: ___/___/___ Contributi non dedotti non ancora comunicati: € _____

4. COORDINATE BANCARIE (se disponibili)

(compilazione a cura dell'aderente)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| Codice IBAN : | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici) |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (compilare INTEGRALMENTE) | Cod. Paese Cod. Controllo CIN ABI (5 caratteri numerici) CAB (5 caratteri numerici) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Banca e Filiale: | _____ | Intestato a: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di:

- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione di trasferimento della posizione individuale
- di essere a conoscenza che la portabilità della eventuale contribuzione di fonte datoriale è consentita nei limiti e secondo le modalità stabilite dai contratti o accordi collettivi, anche aziendali.

È consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data Compilazione:/...../..... Firma: _____

5. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

(compilazione e sottoscrizione a cura dell'azienda ovvero del lav.aut.mo aderente)

| | |
|---|--|
| Denominazione Azienda e codice/matricola aziendale del lavoratore dip.te: | _____ _____ |
| Età pensionabile stabilita nel regime obbligatorio di appartenenza dell'aderente: | _____ |
| Data cessazione attività: / / | Aliquota T.F.R. (solo "vecchi iscritti"): _____ % |
| Quota esente fino al 31/12/2000: € _____ | Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000 (solo "nuovi iscritti"): € _____ |
| Importo ultimo contributo dovuto al Fondo Pensione: € _____ | In data: ___/___/___ |

Timbro e firma del datore di lavoro: _____

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

| |
|---|
| 1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'aderente) |
| Nella sezione iniziale devono essere riportati i <u>dati anagrafici</u> dell'aderente. |
| 2. OPZIONE PRESCELTA (compilazione a cura dell'aderente) |
| <p>Le due opzioni di trasferimento sono alternative tra loro. Qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato.</p> <p>A) TRASFERIMENTO PER CESSAZIONE DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE: qualora vengano meno i requisiti di partecipazione al Fondo (per <u>cessazione dell'attività lavorativa</u> prevista per l'iscrizione, ovvero per cambio inquadramento che implichi la modifica della forma pensionistica complementare di riferimento (p.e passaggio a dirigente), è possibile trasferire la propria posizione individuale ad altra forma pensionistica complementare alla quale il lavoratore acceda in relazione alla nuova attività. Si ricorda peraltro che il cambiamento dell'attività lavorativa assume rilevanza nel solo caso di passaggio a settore diverso da quelli previsti per l'iscrizione al Fondo Pensione (è cioè possibile cambiare azienda senza dover cambiare Fondo Pensione).</p> <p>B) TRASFERIMENTO VOLONTARIO: In costanza dei requisiti di partecipazione al Fondo (senza quindi che sia cessata l'attività lavorativa), l'aderente può chiedere il trasferimento della posizione solo dopo il decorso dei limiti temporali previsti dalla normativa (è quindi possibile cambiare volontariamente Fondo Pensione solo dopo <u>2 anni</u> di partecipazione). Con riferimento al trasferimento volontario si ricorda che in caso di esercizio della facoltà di trasferimento della posizione individuale, il lavoratore ha diritto al versamento alla forma pensionistica da lui prescelta del TFR maturando dei propri contributi e, nei limiti e secondo le modalità stabilite dai contratti o accordi collettivi, dell'eventuale contributo a carico del datore di lavoro, anche aziendali.</p> <p>Si ricorda che le operazioni di trasferimento delle posizioni pensionistiche sono esenti da ogni onere fiscale, a condizione che avvengano a favore di forme pensionistiche disciplinate dal Decreto Legislativo n.ro 252/2005.</p> |
| 3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI (compilazione a cura dell'aderente) |
| <p>Data Iscrizione - Va indicata la data in cui l'aderente si è iscritto per la prima volta ad una forma pensionistica complementare.</p> <p>Contributi non dedotti - Entro il 31/12 dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto <u>eccedenti la quota di deducibilità</u> prevista dalla normativa. Qualora l'aderente maturi il diritto alla prestazione prima del 31 dicembre, la comunicazione deve essere resa contestualmente alla presente richiesta, indicando l'ammontare dei contributi non dedotti versati al Fondo Pensione nell'ultimo anno e/o frazione d'anno che <u>non siano già stati comunicati in precedenza</u> (p.e. <i>nella richiesta liq.ne di giugno 2008 vanno indicati, se non ancora comunicati, i contributi non dedotti del 2007 e, se del caso, dei primi 6 mesi del 2008</i>). Si ricorda che non devono essere indicati gli eventuali contributi versati a favore di familiari fiscalmente a carico.</p> |
| 4. COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente) |
| <p>Vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto presso cui deve essere effettuato il bonifico di pagamento. E' indispensabile riportare <u>tutti</u> i codici dell'IBAN come riportati nell'estratto conto che periodicamente si riceve dalla propria banca.</p> <p>In caso di decesso dell'aderente i beneficiari devono comunicare le loro coordinate bancarie nel modulo per essi previsto.</p> <p>Esempio CODIFICA IBAN: PPKKCAAAACCCCNNNNNNNNNN, dove: PP = codice paese (IT / SM => Italia o San Marino), KK = cin IBAN (due caratteri numerici), C = cin BBAN (1 carattere alfabetico), AAAAA = codice ABI (5 caratteri numerici), CCCCC = codice CAB (5 caratteri numerici), NNNNNNNNNN = numero di conto corrente (12 caratteri alfanumerici contigui, non sono ammessi né spazi né caratteri speciali quali . - / ecc...)</p> |
| 5. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA (compilazione e sottoscrizione a cura dell'azienda ovvero del lav. aut.mo aderente) |
| <p>Denominazione azienda e codice aziendale - Indicare il datore di lavoro ed il n.ro identificativo/matricola aziendale del dipendente. Non compilare in caso di lavoro autonomo.</p> <p>Età pensionabile - Se non indicata sarà considerata tale l'età di 65 anni per gli uomini e di 60 anni per le donne.</p> <p>Aliquota TFR - Da indicare esclusivamente per i "vecchi iscritti". Con aliquota TFR si intende l'aliquota IRPEF calcolata dal datore di lavoro al momento della cessazione del rapporto di lavoro per la tassazione del Trattamento di Fine Rapporto. Non compilare in caso di lavoro autonomo. Non compilare in caso di trasferimento volontario.</p> <p>Data cessazione - è la data in cui cessa l'attività lavorativa richiesta per la partecipazione al Fondo. Non compilare in caso di trasferimento volontario.</p> <p>Quota esente su quanto maturato entro il 31/12/2000, da indicare per i soli <u>lavoratori dipendenti</u>, è l'ammontare totale dei contributi versati al Fondo dall'aderente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. Qualora l'importo della quota esente fosse uguale ai contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000 indicare "100%". Qualora la quota esente non venga comunicata, il Fondo Pensione considererà esenti tutti i contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000.</p> <p>Abbattimento base imponibile su quanto maturato entro il 31/12/2000, da indicare per i soli <u>lavoratori dipendenti</u>, si determina nella misura di L.600.000 (€ 309,87) per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla percentuale di TFR versato. Da indicare esclusivamente per i "nuovi iscritti".</p> <p>Si precisa inoltre che il Fondo non può riconoscere in sede di liquidazione la franchigia di € 309,87 (o la parte di essa spettante) per quelle quote di TFR con competenza relativa all'annualità 2000, ma il cui versamento effettivo al Fondo sia avvenuto successivamente al 01/01/2001; in questo caso l'abbattimento può essere integralmente riconosciuto dal datore di lavoro, ferma restando la necessità di segnalare l'eventuale quota residua che il Fondo può riconoscere. NOTA BENE L'abbattimento/riduzione va ripartito, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il Fondo Pensione, e la coerenza tra l'abbattimento applicato dall'azienda con quello applicato dal Fondo (su segnalazione dell'azienda) è verificata dall'Agenzia delle Entrate sulle rispettive dichiarazioni 770. La comunicazione da parte del datore di lavoro del relativo importo è necessaria per consentire al Fondo Pensione il calcolo corretto della base imponibile: qualora non venga comunicato, il Fondo Pensione non riconoscerà alcun abbattimento all'aderente.</p> <p>Ultimo contributo - E' indispensabile segnalare sempre l'importo dell'ultimo versamento (inteso come somma dei contributi azienda, dipendente e TFR) dovuto al Fondo Pensione e la relativa data in cui è stato/sarà versato.</p> |

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016, "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 sua richiesta di trasferimento della sua posizione individuale da FondoSanità ad altro fondo pensione; il conferimento dei dati è necessario per perseguire le finalità menzionate. La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto al fondo e la conseguente determinazione del rapporto associativo, nonché gli obblighi di legge. La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dall'art. 15 e ss. del Regolamento EU 679/2016, scrivendo a privacy@fondosanita.it. L'informativa completa potrà essere visionata sul sito web del fondo www.fondosanita.it, nella sezione privacy