

MODULO DI ADESIONE

Attenzione: L'adesione a Fondo Sanità, deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento 'Informazioni chiave per l'aderente'. La Nota Informativa e lo Statuto sono disponibili sul sito www.fondosanita.it. Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'aderente.

DATI DELL'ISCRITTO

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cognome <i>nome</i> | | | codice fiscale |
| Sesso | data di nascita | località di nascita | prov./nazionalità |
| Documento D'Identità | | | |
| Tipo | nr. emissione | data emissione | ente di rilascio |
| Dati della residenza | | | |
| Indirizzo | | Cap | località <i>prov.</i> |
| Dati del recapito postale (se diverso dalla residenza) | | | |
| Indirizzo | | Cap | località <i>prov.</i> |
| Inserire almeno un recapito telefonico valido Rec. telefon. | Cellulare | | Indirizzo e-mail Pec |
| Desidero ricevere la corrispondenza: | <input type="checkbox"/> In formato elettronico (In base alle procedure in essere del Fondo Pensione) | | <input type="checkbox"/> In formato cartaceo all'indirizzo di recapito |
| Desidero ricevere informazioni, newsletter, inviti ad eventi all'indirizzo di posta elettronica sopra indicato: | <input type="checkbox"/> SI | | <input type="checkbox"/> NO |
| Titolo di Studio | <input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> LICENZA ELEMENTARE <input type="checkbox"/> LICENZA MEDIA INFERIORE <input type="checkbox"/> DIPLOMA PROFESSIONALE | | <input type="checkbox"/> DIPLOMA MEDIA SUPERIORE <input type="checkbox"/> DIPLOMA UNIVERSITARIO/LAUREA TRIENNALE <input type="checkbox"/> LAUREA/LAUREA MAGISTRALE <input type="checkbox"/> SPECIALIZZAZIONE POST LAUREA |
| Tipologia di lavoratore | <input type="checkbox"/> DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO <input type="checkbox"/> SOGGETTO FISCALMENTE A CARICO <input type="checkbox"/> DIPENDENTE DEL SETTORE PUBBLICO <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> LAVORATORE AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONISTA | | |
| data di iscrizione alla previdenza obblig. (prima occupazione) | professione | | |
| lavoratore con prima occupazione: | <input type="checkbox"/> antecedente al 29/4/93 | | <input type="checkbox"/> successiva al 28/4/93 |
| data prima iscrizione alla Previdenza Complementare (gg/mm/aaaa): | Denominazione altra forma pensionistica | | Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP: |
| <p align="center">L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata: <input type="checkbox"/> Consegnata <input type="checkbox"/> Non consegnata (*) (*) Non è prevista la consegna della Scheda dei costi solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.</p> <p align="center">IMPORTANTE: allegare la Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica, firmata dall'aderente, al presente modulo.</p> | | | |
| <p align="center">Si intende chiedere il trasferimento della posizione individuale maturata presso altra forma pensionistica cui già si aderisce: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p align="center">In caso affermativo inviare apposito modulo di trasferimento predisposto dal Fondo cedente.</p> | | | |

DATI DEL SOGGETTO CUI L'ADERENTE RISULTA FISCALMENTE A CARICO

| | |
|---------------------|----------------|
| Cognome <i>nome</i> | codice fiscale |
|---------------------|----------------|

L'Aderente chiede di aderire al "Fondo Pensione Complementare a capitalizzazione per gli esercenti le professioni sanitarie", in forma abbreviata FondoSanità. L'aderente dichiara che le condizioni e le modalità di adesione al fondo sono quelle riportate nei riquadri sottostanti.

CONTRIBUZIONE

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| mezzo di pagamento <input type="checkbox"/> MAV <input type="checkbox"/> Bonifico bancario <input type="checkbox"/> Bonifico permanente | Rateazione <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> mensile |
| decorrenza (data versamento quota associativa) | rata |
| <p><u>Coordinate Versamento quota Adesione Euro 26,00 e contribuzione annua</u> BANCA BNP PARIBAS Securities Services - IT68U0347901600000800835102</p> <p><i>L'ordine dei bonifici dovrà riportare sempre nella CAUSALE la descrizione "C.F. ,seguita dal codice fiscale"</i></p> | |

PER I DIPENDENTI: DELEGO il mio datore di lavoro a prelevare dalla mia retribuzione un contributo a mio carico, pari al.....% (misura percentuale della retribuzione utile ai fini del calcolo del TFR) e dalla quota annuale del mio TFR i contributi e/o la quota di TFR dovuti e a provvedere al relativo versamento secondo i termini stabiliti dagli Organi di FondoSanità

Per la designazione dei BENEFICIARI IN CASO DI MORTE DELL'ADERENTE ai sensi delle disposizioni dell'art. 14, comma 3 del D. Lgs. 5 dicembre 2005, n.252, utilizzare l'apposito modulo predisposto da FondoSanità.

OPZIONI DI INVESTIMENTO PRESCELTE

Indicare i comparti di investimento prescelti; in caso di mancata scelta si intenderà attivata l'opzione verso il comparto Scudo.

| Comparto | SCUDO – categoria: Obbligazionario | PROGRESSIONE – categoria: Obbligazionario Misto | ESPANSIONE – categoria: Azionario |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|
| | % | % | % |
| È facoltà dell'aderente destinare tutta la contribuzione verso un unico comparto di investimento (in tal caso, indicare 100% accanto al nome del comparto prescelto) oppure decidere di suddividere i flussi contributivi su due o più comparti nelle percentuali desiderate. L'aderente potrà successivamente variare i comparti nel rispetto del periodo minimo di permanenza di almeno un anno, così come previsto dall'art. 6 dello Statuto di Fondo Sanità. | | | |

DICHIARA

- di aver ricevuto il documento 'Informazioni chiave per l'aderente' e il documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata;
- di essere informato della possibilità di richiedere lo Statuto, la Nota informativa, la regolamentazione del Fondo e ogni altra documentazione attinente il Fondo Pensione, comunque disponibile sul sito www.fondosanita.it;
- di aver sottoscritto la 'Scheda dei costi della forma pensionistica a cui risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare che redige la Scheda dei costi);
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nel documento 'Informazioni chiave per l'aderente';
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico dei costi (ISC) riportato nel documento 'Informazioni chiave per l'aderente';
 - in merito ai contenuti del documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.fondosanita.it;
- di aver sottoscritto il 'Questionario di Autovalutazione';
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, e si impegna a comunicare ogni successiva variazione.

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| luogo e data | |
| firma aderente o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela | |
| (per iscrizione familiari fiscalmente a carico) firma del soggetto a cui carico risulti l'aderente | cognome, nome e visto incaricato per verifica firma e poteri |

DATI DEL DATORE DI LAVORO (PER I SOLI LAVORATORI DIPENDENTI DEL SETTORE PRIVATO PER LA DESTINAZIONE DEL TFR)

| | | | | | |
|-----------------------------------|---------------|--------|----------------|------|--|
| Denominazione impresa | P. IVA / C.F. | | | | |
| Sede Legale | Via | n. | Prov. | cap. | |
| Tel. | Fax | e-mail | | | |
| CCNL di applicazione: | | | | | |
| DATA DI RICEVIMENTO DELLA DOMANDA | | | TIMBRO E FIRMA | | |

IL MODULO DI ADESIONE IN ORIGINALE UNITAMENTE ALLA COPIA DEL BONIFICO DI € 26 VANNO INVIATE O CONSEGNATE NECESSARIAMENTE PRESSO LA SEDE DI FONDOSANITA' "Via Torino, n. 38 - 00184 ROMA" ovvero tramite Pec all'indirizzo fondosanita.adesioni@pec.it



Via Torino, 38
00184 Roma

Questionario di Autovalutazione

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

1. Conoscenza dei fondi pensione

- ne so poco
- sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare di tipo finanziario o assicurativo
- ho una conoscenza dei diversi tipi di fondi pensione e delle principali tipologie di prestazioni

2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione

- non ne sono al corrente
- so che le somme versate non sono liberamente disponibili
- so che le somme sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge

3. A che età prevede di andare in pensione? anni.

4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)? Per cento.

5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")?

- sì
- no

6. Ha verificato il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa?

- sì
- no

CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

Per trarre indicazioni sulla congruità della opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7,8 e 9

7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)

- Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)
- Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)
- Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3)
- Non so/non rispondo (punteggio 1)

8. Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?

- 2 anni (punteggio 1)
- 5 anni (punteggio 2)
- 7 anni (punteggio 3)
- 10 anni (punteggio 4)
- 20 anni (punteggio 5)
- Oltre 20 anni (punteggio 6)

9. In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?

- Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
- Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
- Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto

Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta fra le diverse opzioni di investimento offerte dal fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione.



Via Torino, 38
00184 Roma

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

| | Punteggio fino a 4 | Punteggio tra 5 e 7 | Punteggio tra 8 e 12 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|
| Categoria del comparto | - Garantito - Obbligazionario puro - Obbligazionario misto | - Obbligazionario misto - Bilanciato | - Bilanciato - Azionario |
| In caso di adesione a più comparti, la verifica di congruità sulla base del Questionario non risulta possibile: l'aderente deve, in questi casi, effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta | | | |

Luogo e data

Se il questionario è stato completato:

L'aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Firma

.....

In alternativa, se il questionario non è stato completato:

L'aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Firma

.....

Spazio riservato al soggetto incaricato della raccolta delle adesioni

Incaricato (Cognome e Nome):

Telefono:

E-mail:

Luogo Data:/...../.....

Firma

.....

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Regolamento EU 679/2016)

Ai sensi dell'art. 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 SANITA' fornisce le seguenti informazioni sul trattamento effettuato dei dati personali dei propri iscritti.

1. FINALITA' E MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti a FONDO SANITA' (di seguito Fondo Pensione), sono effettuati:

- *per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio, ai sensi del d.lgs. 5 dicembre 2005, n.252*
- *per gli obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate*

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi.

2. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per l'adempimento delle finalità perseguite dal Fondo Pensione.

3. RIFIUTO DEL CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti comporta l'impossibilità di dare seguito alla domanda di adesione al Fondo Pensione presentata dall'interessato.

4. BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO E PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

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 prescizionali previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto associativo instaurato con il fondo.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Fondo Pensione potrà comunicare i dati personali acquisiti a soggetti e società esterne che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività.

I soggetti predetti potranno essere costituiti da:

- *istituti bancari incaricati dell'attività di custodia e gestione del patrimonio;*
- *altre forme pensionistiche complementari;*
- *compagnie di assicurazione e società finanziarie incaricate della gestione delle risorse del Fondo Pensione;*
- *società che forniscono al Fondo pensione servizi di archiviazione elettronica e cartacea;*
- *società di servizi amministrativi, contabili ed informatici;*
- *soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria.*

I dati sono trasmessi alla Commissione di vigilanza sui fondi pensione per i compiti istituzionali dell'Autorità nonché ad altri organi di vigilanza nei casi previsti dalla normativa vigente.

Il fondo potrebbe avvalersi di fornitori o sub fornitori che non risiedono nell'Unione Europea, a tal proposito si garantisce che il trasferimento potrà avvenire solo verso soggetti che garantiscano un adeguato livello di protezione del trattamento dei dati e/o verso paesi per i quali le competenti Autorità hanno emesso una decisione di adeguatezza nonché verso soggetti che hanno fornito idonee garanzie al trattamento dei dati attraverso adeguati strumenti normativi/contrattuali quali ad esempio la sottoscrizione di clausole contrattuali standard. Per ottenere informazioni a tal riguardo, potrà inviare una e-mail all'indirizzo privacy@fondosanita.it.

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

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In relazione ai trattamenti dei suoi dati personali svolti tramite questo sito, in ogni momento, in qualità di interessato potrà esercitare i diritti previsti dal Regolamento EU 679/2016 scrivendo all'indirizzo e-mail: privacy@fondosanita.it. In particolare 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.*

7. TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Titolare del trattamento dei dati è FondoSanità, con sede in Via Torino, 38 - 00184 Roma - Tel. 06-42150589-591-574-573.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ove necessario)

Firma