



FondoSanità

MODULO DI ADESIONE

Cognome		nome		codice fiscale	
Sesso	data di nascita	località di nascita		prov./nazionalità	
Documento Di Identità					
Tipo		nr. emissione	data emissione	Località	ente di rilascio
dati della residenza					
Indirizzo			Cap	località	prov.
dati del recapito postale (se diverso dalla residenza)					
Indirizzo			cap	località	prov.
Rec. telefon.		cellulare		Indirizzo e-mail	
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 LAURE	
Tipologia di lavoratore		<input type="checkbox"/> DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO <input type="checkbox"/> DIPENDENTE DEL SETTORE PUBBLICO <input type="checkbox"/> LAVORATORE AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> ALTRO			
dati del soggetto cui l'aderente risulta fiscalmente a carico					
Cognome		nome		codice fiscale	
Sesso	data di nascita	località di nascita		prov./nazionalità	
documento di identità					
tipo		N° emissione	data emissione	località	ente di rilascio
dati della residenza					
indirizzo			cap	località	prov.
dati del recapito postale (se diverso dalla residenza)					
indirizzo			cap	località	prov.
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 LAURE	
Tipologia di lavoratore		<input type="checkbox"/> DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO <input type="checkbox"/> DIPENDENTE DEL SETTORE PUBBLICO <input type="checkbox"/> LAVORATORE AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> ALTRO			

L'Aderente chiede di aderire al "Fondo Pensione Complementare a capitalizzazione per gli esercenti le professioni sanitarie", in forma abbreviata FondoSanità, iscritto all'albo dei Fondi Pensione tenuto dalla COVIP con il n. 77. L'aderente dichiara che le condizioni e le modalità di adesione al fondo sono quelle riportate nei riquadri sottostanti.

ATTENZIONE: l'adesione deve essere preceduta dalla consegna e presa visione dello Statuto del Fondo Sanità, della Nota Informativa e del Progetto esemplificativo standardizzato recante la stima della pensione complementare.

Il presente modulo è parte integrante e necessaria della Nota Informativa

IL MODULO DI ADESIONE IN ORIGINALE UNITAMENTE ALLA COPIA DEL BONIFICO DI € 26 VANNO INVIATE O CONSEGNATE NECESSARIAMENTE PRESSO LA SEDE DI FONDOSANITA' "Piazza Vittorio Emanuele II, n. 78 -00185 ROMA"

TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE MATURATA (compilazione eventuale)

<input type="checkbox"/> sussistono le condizioni di cui all'art. 14, comma 6 del D.Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 pertanto trasferisce la posizione individuale maturata dalla seguente forma pensionistica:					
Denominazione		Istituita da			
indirizzo		cap	località	prov.	
referente		e-mail		telefono	



FondoSanità

MODULO DI ADESIONE

DATI DELL'ISCRITTO -

data di iscrizione alla previdenza obblig. (prima occupazione)	professione	anzianità contributiva al 31/12/1995 anni ____ mesi ____
lavoratore con prima occupazione:	<input type="checkbox"/> antecedente al 29/4/93	<input type="checkbox"/> successiva al 28/4/93
già iscritto/a ad una forma di previdenza complementare:	<input type="checkbox"/> antecedente al 29/4/93	<input type="checkbox"/> successiva al 28/4/93

CONTRIBUZIONE

mezzo di pagamento <input type="checkbox"/> RID <input type="checkbox"/> MAV <input type="checkbox"/> Bonifico bancario	Misura del versamento (indicare l'importo della contribuzione annua che ci si impegna a versare):
Rateazione <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> mensile	
decorrenza	rata
<p><u>Coordinate Versamento quota Adesione Euro</u> <u>26,00</u> <u>e contribuzione annua</u></p> <p>BANCA BNP PARIBAS Securities Services</p> <p>IT68U0347901600000800835102</p>	
<p>PER I LAVORATORI AUTONOMI contributo a mio carico, pari al ...% (misura percentuale del proprio reddito imponibile ai fini IRPEF relativo al periodo di imposta precedente);</p> <p>PER I LAVORATORI DIPENDENTI Barrare una o entrambe le voci a seconda della propria preferenza <input type="checkbox"/> contributo a mio carico, pari al ...% (misura percentuale della retribuzione utile ai fini del calcolo del TFR); <input type="checkbox"/> TFR</p> <p>Spazio riservato ai lavoratori con prima occupazione antecedente al 29/04/93: Comunico di volere versare a FondoSanità una percentuale di TFR pari ad una delle alternative di seguito indicate: <input type="checkbox"/> misura minima prevista dagli accordi o contratti collettivi applicabili <input type="checkbox"/> l'intero ammontare delle quote maturande di TFR</p> <p>Spazio riservato ai lavoratori con prima occupazione successiva al 28/04/93: <input type="checkbox"/> Comunico di volere versare a FondoSanità l'intero ammontare delle quote maturande di TFR</p> <p>PER I SOGGETTI FISCALMENTE A CARICO contributo pari all'importo di € _____, _____ (lettere) _____ L'aderente dovrà versare una tantum la quota di adesione di € 26 tramite bonifico sul c/c indicato. L'aderente autorizza il Fondo Pensione a prelevare € 60,00 quale quota per spese amministrative dal primo versamento di ciascun anno, ovvero, in caso di sospensione dei versamenti, dal valore della posizione individuale dell'aderente alla fine di ciascun anno.</p>	



FondoSanità

MODULO DI ADESIONE

ATTENZIONE:

l'ordine dei bonifici dovrà riportare sempre nella CAUSALE la descrizione "C.F. seguita dal codice fiscale"

Per i dipendenti: **DELEGO** il mio datore di lavoro a prelevare dalla mia retribuzione 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	Comparto	Comparto	Comparto	Comparto
 % SCUDO % PROGRESSIONE % ESPANSIONE % GARANTITO

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.

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa consegnata con la presente proposta con la quale, per rispettare la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, l'abbiamo informata sull'uso dei Suoi dati personali, compresi quelli sensibili, e sui Suoi diritti (art. 7 D.Lgs. 196/2003), Lei può esprimere il consenso per gli specifici trattamenti, comprese le comunicazioni ed i trasferimenti, effettuati dalla nostra Società e per gli altrettanto specifici trattamenti, comprese le comunicazioni ed i trasferimenti, effettuati dai soggetti della "catena assicurativa" - apponendo la Sua firma in calce. Inoltre barrando una delle due caselle sottoriportate Lei può decidere liberamente di dare o meno il consenso per l'utilizzazione dei Suoi dati per l'attività di informazione e promozione commerciale, di ricerche di mercato e di indagine sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei Clienti:

aderente: do il consenso nego il consenso firma dell'aderente o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela _____

L'Aderente dichiara di aver preso visione e specificamente approvato tutte le disposizioni contenute nello Statuto del FondoSanità; di accettare tutte le modifiche allo Statuto del FondoSanità, che si dovessero rendere opportune, così come approvate ai sensi dell'articolo 36 dello Statuto stesso e di aver preso visione della Nota Informativa e della ulteriore documentazione che il FondoSanità è tenuta a consegnare ai sensi delle disposizioni emanate dalla Commissione di vigilanza sui fondi pensione. L'Aderente è responsabile della veridicità e correttezza dei dati e delle informazioni fornite ai sensi del presente modulo, con particolare riguardo alla sussistenza dei requisiti di partecipazione al FondoSanità, e si impegna a comunicare al FondoSanità, con ogni tempestività, a mezzo raccomandata A.R., ogni variazione degli stessi che dovesse successivamente intervenire.

L'Aderente dichiara di aver ricevuto e preso visione dei seguenti documenti:

- Nota Informativa;
- Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003;
- Statuto del fondo pensione;
- Progetto esemplificativo standardizzato recante la stima della pensione complementare.

DICHIARO sotto la mia responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

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 cognome, nome e visto incaricato per verifica firma e poteri
risulti l'aderente

DATI DEL DATORE DI LAVORO (PER I SOLI LAVORATORI DIPENDENTI)

Denominazione impresa	P. IVA / C.F			
Località	Via	n.	Prov.	cap.
Tel.	Fax	e-mail		
Luogo in cui il lavoratore presta l'attività lavorativa:				
Località	Via	n.	Prov.	cap.
CCNL di applicazione:				
DATA DI RICEVIMENTO DELLA DOMANDA		TIMBRO E FIRMA		