

Modulo di adesione

CAIMOP FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE A CAPITALIZZAZIONE PER I LAVORATORI MEDICI DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA

Modulo di adesione a CAIMOP – FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE A CAPITALIZZAZIONE PER I LAVORATORI MEDICI DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA
iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 1017

Attenzione: L'adesione a CAIMOP – FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE A CAPITALIZZAZIONE PER I LAVORATORI MEDICI DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA, deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e dell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità'. La Nota informativa e lo statuto sono disponibili sul sito www.caimop.it e verranno consegnati in formato cartaceo solo su tua richiesta.

Dati dell'aderente:

Cognome: _____	Nome: _____	Codice Fiscale: _____		
Sesso: _____	Data di nascita: ____/____/____	Comune di nascita: _____	Provincia: _____	Stato: _____
Tipo documento: _____	Numero documento: _____	Ente di rilascio: _____	Data di rilascio: ____/____/____	
Residenza: luogo e via _____		Cap: _____	Telefono: _____	e-mail: _____
Desidero ricevere la corrispondenza:				
<input type="checkbox"/> In formato elettronico via e-mail		<input type="checkbox"/> In formato cartaceo all'indirizzo di residenza		

Data prima iscrizione alla previdenza complementare

____/____/____

Dati dell'azienda

Azienda: _____	Codice fiscale/partita IVA: _____		
Indirizzo: _____	Tel. _____	e-mail: _____	
Contratto collettivo di riferimento _____	Timbro e firma dell'Azienda _____		

Condizione professionale

Titolo di studio

<input type="checkbox"/> Laurea / laurea magistrale	<input type="checkbox"/> Specializzazione post-laurea
--	--

Modulo di adesione

Lavoratore dipendente:					
Assistente	<input type="checkbox"/>	Aiuto	<input type="checkbox"/>	Responsabile	<input type="checkbox"/>
Dirigente medico struttura complessa	<input type="checkbox"/>	Dirigente medico struttura semplice	<input type="checkbox"/>	Dirigente medico Ex aiuto	<input type="checkbox"/>
Dirigente medico ex assistente	<input type="checkbox"/>	Dirigente medico meno 5 anni anzianità	<input type="checkbox"/>		

Libero professionista	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------

Se già si aderisce ad altra forma pensionistica complementare, riportare le seguenti informazioni:

Denominazione altra forma pensionistica: _____	
Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP: _____	
L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata:	
<input type="checkbox"/> Consegnata	<input type="checkbox"/> Non consegnata
Indicare se si intende chiedere il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica cui già si aderisce	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Opzione di investimento

Denominazione dei comparti	Categoria	Ripartizione %
• Linea garantita assicurativa GESAV	Garantito	100

Beneficiari in caso di morte dell'Aderente

Eredi	<input type="checkbox"/>
Designati	<input type="checkbox"/> (indicare Cognome, Nome, Luogo e data di nascita, Codice Fiscale)

Contribuzione e modalità di pagamento

Delego il mio datore di lavoro _____ a trattenere dalla mia retribuzione le seguenti quote percentuali da versare al fondo pensione CAIMOP, come previsto dagli accordi di settore e riportati nell'Allegato alle 'Informazioni chiave per l'aderente':

DIPENDENTI

TFR 100 %

TFR +contributo lavoratore →contributo datore di lavoro. Come da contratto collettivo ARIS AIOP CIMOP

LIBERO PROFESSIONISTI

CONTRIBUTO AZIENDA Accordo collettivo nazionale ARIS AIOP CIMOP

Modulo di adesione

L'aderente dichiara:

- di aver ricevuto la Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e l'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';
- di essere informato che sono disponibili sul sito www.caimop.it la Nota informativa, lo statuto e ogni altra documentazione attinente al fondo pensione;
- di aver sottoscritto la Scheda 'I 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 'I costi'*);
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nella Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' e nell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico dei costi (ISC) riportato nella Scheda 'I costi' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa;
 - in merito al paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione', nella Scheda 'Presentazione' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP e contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipo, 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.caimop.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;
- di essere a conoscenza che, nel caso in cui la posizione individuale rimanga priva del tutto di consistenza per un anno, l'aderente può perdere la propria qualifica; in tali casi, infatti, il fondo può avvalersi della clausola risolutiva espressa comunicando all'aderente, almeno 60 giorni prima del decorso del termine, che provvederà alla cancellazione dello stesso dal libro degli aderenti, salvo che questi effettui un versamento prima del decorso del suddetto termine.

Luogo e data _____/_____/_____

Firma Aderente _____

DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE E DI ACCETTARE CHE:

CAIMOP è sollevato da ogni responsabilità derivante dal mancato immediato aggiornamento dei dati personali dell'interessato, dagli eventuali disservizi della rete informatica, ovvero da lesioni in merito alla riservatezza e alla conservazione dei dati trasmessi a terzi, dovuti a cause non direttamente riconducibili e/o imputabili al Fondo.

Ove l'indirizzo e-mail fornito dall'interessato al Fondo per l'invio delle comunicazioni non sia aggiornato, CAIMOP non è responsabile della mancata e/o puntuale ricezione delle suddette comunicazioni destinate all'interessato.

Luogo e data _____/_____/_____

Firma aderente _____

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 paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione', nella Scheda 'Presentazione', della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa, 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)

Modulo di adesione

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.

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 di autovalutazione' non risulta possibile ed è l'aderente a dover effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.			

Luogo e data _____ / ____ / ____

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]

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

IL SOTTOSCRITTO SI OBBLIGA ALLA CONSERVAZIONE IN ORIGINALE DEL PRESENTE E TRASMETTERLO VIA POSTA ELETTRONICA ENTRO 15 GIORNI DALLA SOTTOSCRIZIONE

Timbro e firma

.....

INFORMATIVA PRIVACY

CAIMOP

(Aggiornate ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice Privacy, come novellato dal D. Lgs. 101/2018)

FONDO PENSIONE CAIMOP – Cassa Integrativa Medici Ospedalità Privata - con sede legale in Viale Europa, 55, 00144 Roma RM, C.F. e P. IVA 08269200583, (in seguito “Titolare”), in qualità di Titolare del trattamento, informa ai sensi dell’art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 (in seguito “GDPR”) e del Codice Privacy, come novellato dal D. lgs. 101/2018, che i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. Oggetto del Trattamento

Il Titolare tratta i dati personali, tra cui particolari categorie di dati personali, riguardanti l’interessato, i suoi familiari, i suoi parenti o i beneficiari che l’interessato abbia nominato. Tali dati sono trattati unicamente nel quadro delle finalità sotto descritte.

2. Finalità del Trattamento e Base giuridica

I dati personali sono trattati unicamente ai fini della realizzazione di servizi di previdenza integrativa per i medici di ospitalità privata. In particolare, la previdenza integrativa richiede necessariamente che i dati siano trattati con le seguenti finalità:

- **Adempimenti Legali**, per rispettare leggi, regolamenti o norme comunitarie a cui il Titolare è tenuto a conformarsi;
- **Adempimenti Contrattuali**, necessari per la gestione, esecuzione e conclusione dei rapporti contrattualmente definiti in essere o da definire quali: gestione dei contributi o erogazione di prestazioni, costituzioni, esercizio o difesa dei diritti dell’interessato in qualità di iscritto al fondo;
- **Gestionali Interne**, necessarie per l’organizzazione, per misurare la soddisfazione dell’iscritto, la gestione aziendale e il controllo interno. Esse includono la predisposizione di statistiche anonime e analisi di dati.

La Base giuridica per i trattamenti di cui alle lettere b) e c) si rinviene negli artt. 6, par. 1, lett. b) in quanto “*il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso*”, per i trattamenti di cui alla lettera a), si rinviene nell’art. 6, par. 1, lett. c), in quanto “*il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento*” per i trattamenti riguardi particolari categorie di dati personali si rinviene nell’art. 9, par. 2, lett. b) in quanto “*il trattamento è necessario per assolvere gli obblighi ed esercitare i diritti specifici del titolare del trattamento o dell'interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale, nella misura in cui sia autorizzato dal diritto dell'Unione o degli Stati membri o da un contratto collettivo ai sensi del diritto degli Stati membri, in presenza di garanzie appropriate per i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato*”.

3. Modalità di Trattamento e Periodo di Conservazione

Il trattamento dei dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all’art. 4, par. 1, n. 2 GDPR e più precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

I dati sono trattati dal Titolare solo con modalità, strumenti e procedure informatiche, telematiche o cartacee, strettamente necessarie per realizzare le finalità descritte al punto n. 2.

I dati personali verranno conservati per un periodo congruo alla realizzazione delle finalità previdenziali.

I dati potranno essere accessibili, per le finalità di cui al punto n. 2, esclusivamente alle persone autorizzate dal Titolare del trattamento e/o loro Delegati nell'ambito delle funzioni attribuitegli e in conformità delle istruzioni ricevute, nonché da società terze o altri soggetti che svolgono attività di outsourcing per conto del Titolare o verso cui il Titolare ha un obbligo di comunicazione previsto dalla legge. A titolo esemplificativo si rappresentano le seguenti tipologie di comunicazioni:

- **Comunicazioni obbligatorie:** comunicazioni che la società è tenuta a fare in conformità a leggi, regolamenti, disposizioni impartite da organi di vigilanza (antiriciclaggio, COVIP, ISVAP, INPS, organi giudiziari, forze dell'ordine ecc.);
- **Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente:** comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta (banche, società di gestione del risparmio, legali, commercialisti, consulenti del lavoro, società di servizi informatici o di archiviazione, di revisione ecc.);
- **Comunicazioni strumentali all'attività di CAIMOP:** comunicazioni finalizzate a migliorare la qualità del servizio prestato, attraverso indagini sulla soddisfazione dell'iscritto.

4. Diritti dell'interessato

L'interessato dispone dei diritti di cui all'art. 15 GDPR e ss., più precisamente diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione, nonché il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante (art. 77 GDPR e 141 Codice Privacy, così come novellato dal D. Lgs. 101/2018).

5. Modalità di esercizio dei diritti

Il soggetto interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando, una raccomandata A/R a **FONDO PENSIONE CAIMOP** - Cassa Integrativa Medici Ospedalità Privata - con sede legale in Viale Europa, 55, 00144 Roma RM, oppure istanza telematica all'indirizzo e-mail all'indirizzo privacy@caimop.it.

6. Identità e dati di contatto del:

- **TITOLARE - CASSA INTEGRATIVA MEDICI OSPEDALITÀ PRIVATA (CAIMOP)**
In persona del Presidente Dott. Mohammad Alkilani, e-mail privacy@caimop.it.
- **DPO (RPD) - SCUDO PRIVACY S.r.l.**
In persona del Dott. Carlo Villanacci, e-mail c.Villanacci@scudoprivacysrl.com

DICHIARAZIONE

Preso visione dell'informativa allegata al presente modulo, di cui forma in uno il documento integrale, **Aggiornata ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice Privacy, come novellato dal D. Lgs. 101/2018c**

ACCONSENTO:

- Al trattamento dei dati personali comuni e sensibili funzionali all'esercizio dell'attività istituzionali di previdenza complementare;
- Alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicati al punto 3 della suddetta informativa, i quali possono sottoporre i dati a trattamento per le finalità di cui al punto 2 della medesima informativa ed obbligatori per legge;
- Alla comunicazione degli stessi dati a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di archiviazione in qualità di responsabili esterni del trattamento ex art. 28 del GDPR;
- Al trasferimento degli stessi dati all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE) nel rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 45 e 46 GDPR.

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Dichiaro sotto la mia responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione stabiliti dallo statuto CAIMOP.

Importante: in ottemperanza a quanto previsto dal D. Lgs 252/2005 CAIMOP ha provveduto a dare comunicazione a COVIP degli adeguamenti statutari previsti e al deposito presso COVIP della nota informativa.

Data _____

Firma dell'aderente _____

Il Presente foglio è da allegare alla Domanda di adesione