

Spett.Le
Fondo Pensione CAIMOP
Viale Europa, 55
00144 - ROMA (RM)

e-mail: INFO@CAIMOP.IT
PEC: CAIMOP@PEC.IT

MODULO DI RICHIESTA LIQUIDAZIONE

1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/designati, la residenza indicata verrà utilizzata per i conteggi fiscali e la corrispondenza connessa)

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ____ / ____ / ____

Comune di nascita: _____ Prov: () Cel.: _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: ()

2. OPZIONE PRESCELTA per l'erogazione della posizione individuale (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/designati)

TIPOLOGIA DI EROGAZIONE SELEZIONARE UNA DELLE OPZIONI INDICATE	MODALITÀ DI EROGAZIONE		TIPOLOGIA DI MOTIVAZIONE OVE RICHIESTO, SELEZIONARE L'OPZIONE PRESCELTA
	CAPITALE	RENDITA	
PRESTAZIONE PREVIDENZIALE VERIFICARE NELLE ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE (PAGINA SUCCESSIVA) I REQUISITI DI ACCESSO ALLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE	<input type="checkbox"/> 100%		PENSIONAMENTO CON 5 ANNI DI PARTECIPAZIONE AL FONDO
	<input type="checkbox"/> %	%	
RISCATTO cd. IMMEDIATO ("RISCATTO PER CAUSE DIVERSE")	<input type="checkbox"/> 100%		PENSIONAMENTO con meno di 5 anni di partecipazione
RISCATTO cd. IMMEDIATO ("RISCATTO PER CAUSE DIVERSE")	<input type="checkbox"/>%		<input type="checkbox"/> VOLONTÀ DELLE PARTI (DIMISSIONI, LICENZIAMENTO, RISOLUZIONE CONSENSUALE, CAMBIO INQUADRAMENTO PER PASSAGGIO A DIRIGENTE, ...) <input type="checkbox"/> CAUSA INDIPENDENTE DALLA VOLONTÀ DELLE PARTI (MOBILITÀ, FALLIMENTO, F.DO ESUBERI, ...)
	<input type="checkbox"/> 100%		
RISCATTO PARZIALE PER MEDIA DISOCCUPAZIONE <i>Disoccupazione non inferiore ad 1 anno e non superiore a 4 anni</i>	<input type="checkbox"/> 50%		<input type="checkbox"/> MOBILITÀ <input type="checkbox"/> CASSA INTEGRAZ. GUAD. STR. A ZERO ORE
RISCATTO TOTALE PER LUNGA DISOCCUPAZIONE <i>Disoccupazione superiore a 4 anni (e più di 5 anni residui alla prestazione del regime obbligatorio)</i>	<input type="checkbox"/> 100%		
RISCATTO PARZIALE PER ACCESSO A "AMMORTIZZATORI SOCIALI"	<input type="checkbox"/> 50%		DECESSO
RISCATTO TOTALE PER DECESSO	<input type="checkbox"/> 100%		INVALIDITÀ SUPERIORE AI 2/3
RISCATTO TOTALE PER INVALIDITÀ SUPERIORE AI 2/3	<input type="checkbox"/> 100%		

Contributi non dedotti non ancora comunicati: € _____

3. COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente)

Codice **IBAN** : _____
(compilare INTEGRALMENTE)

Cod. Paese Cod. Controllo CIN ABI (5 caratteri numerici) CAB (5 caratteri numerici) Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)

Banca e Filiale: _____ Intestato a: _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' 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.

Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CU, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo entro la scadenza di Legge dell'anno successivo a quello di pagamento e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro quindici giorni dalla scadenza annuale di Legge per la trasmissione. Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare al Fondo eventuali variazioni di indirizzo, rispetto a quello di residenza indicato, al quale spedire la Certificazione Unica e, nel caso fosse lo strumento di pagamento prescelto, ricevere l'assegno.

Si ricorda che il trattamento dei dati personali conferiti e inseriti dall'interessato ai fini della richiesta di RISCATTO, così come per tutte le attività previdenziali inerenti alle finalità istituzionali CAIMOP, è tutelato e protetto dalle disposizioni del D.lgs. 196/2003 (Codice Privacy) e del Regolamento Generale UE 2016/679 sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR).

Per completa visione e conoscenza dell'attività, delle finalità e delle modalità di trattamento dei dati personali, del periodo della loro conservazione, nonché dei diritti dell'interessato e delle modalità attraverso le quali esercitare tali diritti si rimanda all'informativa privacy in calce al presente modulo, che in uno formano l'integrale documento.

Dichiara inoltre di non avere contratti in essere regolati da CCNL ARIS_AIOP_CIMOP / ARIS-CIMOP / ACNL ARIS-AIOP-CIMOP.

Data Compilazione: / /

Firma: _____

4. DATI DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA (compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

Data cessazione attività: ____ / ____ / ____ Aliquota T.F.R. (solo iscritti ante 28/04/1993 - "vecchi iscritti"): ____ %

Quota esente fino al 31/12/2000: € _____ Abbattimento fino al 31/12/2000 (solo iscritti post 28/04/1993 - "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.
- **ALLEGARE AL PRESENTE MODULO: FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE e copia del DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.**
- Per tutte le tipologie di riscatto e in caso di liquidazione della prestazione pensionistica in capitale, sarà detratto dall'importo erogabile € 100,00 per spese di gestione amministrativa.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

TERMINI E MODALITA' DI EROGAZIONE

Il pagamento avviene secondo i tempi previsti dalla normativa vigente

1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/designati)

Nella sezione iniziale devono essere riportati i dati anagrafici dell'aderente anche in caso di **decesso** del medesimo. In quest'ultimo caso il presente modulo deve essere sottoscritto da uno degli aventi diritto al riscatto ed inoltrato al Fondo Pensione unitamente alla dichiarazione allegata, sottoscritta in originale, riportante i dati anagrafici completi del/i richiedente/i e le coordinate bancarie per effettuare il bonifico di pagamento. In caso di decesso dell'aderente, ai sensi della normativa sui fondi pensione, devono presentare domanda di riscatto totale i soggetti designati (persone fisiche o giuridiche) o, in mancanza di questi, gli eredi. In mancanza di tali soggetti, la posizione resta acquisita al fondo pensione. Salva diversa disposizione data dall'aderente deceduto, la posizione viene ripartita in parti uguali tra gli aventi diritto.

Alla richiesta il richiedente deve accludere copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale (ove non già contenuto nel documento identificativo), in aggiunta alla documentazione prescritta per ciascuna fattispecie.

2. OPZIONE PRESCELTA – TIPOLOGIA DI EROGAZIONE (compilazione a cura dell'aderente o degli eredi/designati)

NB: **Le opzioni consentite sono tra loro alternative: qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato.** Per maggiori dettagli sulla fiscalità applicabile si suggerisce di prendere visione del Documento sul regime fiscale pubblicato sul sito www.caimop.it.

A) PRESTAZIONE PREVIDENZIALE – Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, con **almeno 5 anni di partecipazione** alle Forme Pensionistiche Complementari (il termine è ridotto a 3 anni in caso di cessazione dell'attività lavorativa, anche in assenza dei requisiti per la pensione obbligatoria, se ci si sposti tra Stati membri dell'Unione europea). Le prestazioni pensionistiche **possono essere erogate in capitale, secondo il valore attuale, fino ad un massimo del 50%; la parte residua deve essere erogata in forma di rendita.** Qualora parte della prestazione debba essere erogata in forma di rendita, devono essere fornite le ulteriori informazioni richieste relative a tipologia (rendita vitalizia immediata, rendita vitalizia immediata reversibile, rendita immediata certa per 5 o 10 anni e successivamente vitalizia, rendita vitalizia immediata con restituzione del montante residuo in caso di decesso dell'assicurato e rendita vitalizia con maggiorazione dell'importo assicurato in caso di non autosufficienza 'cd. LTC'), frequenza di erogazione ed eventuale % di reversibilità, allegando copia di un documento di identità del/i reversionario/i. Ulteriori opzioni richieste devono essere previste dalle Convenzioni in essere. Per maggiori informazioni sulle condizioni della convenzione e sulle caratteristiche e modalità di attivazione delle diverse opzioni di rendita si raccomanda di prendere visione del Documento sulle rendite, disponibile presso gli uffici del Fondo e sul sito internet del Fondo CAIMOP (www.caimop.it).

Alla richiesta occorre allegare copia della comunicazione di accettazione e/o liquidazione della pensione attestante la maturazione dei requisiti pensionistici Inps.

AVVERTENZE per gli iscritti ante 28/04/1993: si segnala che per gli iscritti ante 28/04/1993 ("vecchi iscritti") che OPTANO per l'erogazione del 100% capitale viene automaticamente applicato il più favorevole regime introdotto dal D.Lgs.252/2005. In base a tale opzione viene erogato in forma capitale il 100% del montante fino al 31/12/2006, mentre con riferimento al montante accumulato dal 2007 si applica la nuova disciplina che prevede l'erogazione del 50% in forma capitale e del restante 50% (ove ricorrano le condizioni) in forma di rendita. L'erogazione del 50% in rendita è infatti obbligatoria solo in presenza di un montante sufficientemente elevato e cioè solo nel caso in cui la rendita ipotetica derivante dalla conversione di almeno il 70% del montante finale maturato a partire dal 1° gennaio 2007 risulti superiore al 50% dell'assegno sociale (quest'ultimo ammonta nel 2024 a € 6.947,33 e, pertanto, il 50% è pari a € 3.473,67); il Fondo informerà preventivamente l'iscritto qualora parte della prestazione debba essere erogata sotto forma di rendita. Resta peraltro salva la possibilità per il "vecchio iscritto" di richiedere la liquidazione dell'intera prestazione in capitale applicandosi in tal caso il regime tributario (penalizzante) vigente alla data del 31/12/2006.

AVVERTENZE per gli iscritti post 28/04/1993: si segnala che per gli iscritti post 28/04/1993 ("nuovi iscritti") NON è invece prevista la possibilità di optare per diversi regimi fiscali. Per essi la prestazione va erogata al 50% in forma capitale ed al 50% in forma di rendita. Per i "nuovi iscritti" che barrano l'opzione di ricevere il 100% della prestazione in forma capitale, sarà cura del Fondo verificare se il montante maturato è sufficientemente elevato da rendere obbligatoria l'erogazione anche sotto forma di rendita. Tale obbligo sorge solo nel caso in cui la rendita ipotetica derivante dalla conversione di almeno il 70% del montante finale complessivamente maturato risulti superiore al 50% dell'assegno sociale (quest'ultimo ammonta nel 2024 a € 6.947,33 e, pertanto, il 50% è pari a € 3.473,67). Il Fondo informerà preventivamente l'iscritto qualora parte della prestazione debba essere erogata sotto forma di rendita; in caso contrario procederà direttamente con l'erogazione al 100% in forma capitale.

Il diritto al riscatto (ovvero al trasferimento, si veda modulo relativo) si ha qualora vengano meno i requisiti di partecipazione al Fondo.

B) il RISCATTO parziale può essere richiesto, nella misura del 50% della posizione individuale maturata, nei casi di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi, ovvero in caso di ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria.

In caso di cessazione dell'attività lavorativa seguita da inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi, è necessario allegare il certificato di disoccupazione e DID, o IN ALTERNATIVA, dichiarazione sostitutiva di atto notorio (autenticata presso un notaio o altro pubblico ufficiale incaricato del Comune di appartenenza) che attestanti l'inoccupazione (*si veda fac-simile allegato*).

In caso di assoggettamento dell'aderente a procedure di cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria a zero ore di almeno 12 mesi è necessario allegare apposita dichiarazione del datore di lavoro attestante la sussistenza dei predetti requisiti ovvero fornire copia del provvedimento adottato dalla competente autorità amministrativa. Il riscatto parziale in questione è ammissibile anche prima dell'avvenuta maturazione del periodo di 12 mesi di cassa integrazione guadagni ogniqualvolta risulti definito ex ante il periodo di fruizione della cassa integrazione guadagni a zero ore e questo periodo risulti fissato in almeno 12 mesi. Qualora la cessazione dell'attività lavorativa sia stata preceduta dall'assoggettamento dell'aderente ad una procedura di cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria, il riscatto parziale è ammissibile indipendentemente dalla durata della procedura medesima.

C) il RISCATTO totale può essere richiesto per i casi di decesso o invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di 1/3. Può essere richiesto inoltre a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi. È necessario allegare idonea documentazione attestante l'invalidità permanente

(certificazione Inps o Inail) ovvero l'inoccupazione perdurante (certificato di disoccupazione e DID, o IN ALTERNATIVA, dichiarazione sostitutiva di atto notorio (autenticata presso un notaio o altro pubblico ufficiale incaricato del Comune di appartenenza) attestanti l'inoccupazione superiore a 48 mesi (*si veda fac-simile allegato*).

D) il RISCATTO per cause diverse totale o parziale può essere richiesto per cause diverse dai casi sopra esposti (ad es. nei casi di cessazione dell'attività lavorativa con disoccupazione inferiore ad 1 anno, ovvero di cessazione dell'attività lavorativa per pensionamento con una permanenza nelle forme pensionistiche complementari per meno di 5 anni).

NOTA BENE: in caso di riscatto per cause diverse viene applicato un regime fiscale meno favorevole rispetto ai casi precedenti.

2. OPZIONE PRESCELTA – TIPOLOGIA DI MOTIVAZIONE E ALTRE INFORMAZIONI

MOTIVAZIONE COLLEGATA ALL'OPZIONE PRESCELTA - La motivazione collegata all'opzione prescelta dal lavoratore deve essere indicata unicamente nei casi seguenti: 1) nel caso di RISCATTO PARZIALE PER ACCESSO AGLI AMMORTIZZATORI SOCIALI per precisare la motivazione all'origine dell'opzione prescelta tra accesso alle procedure di mobilità e attivazione della cassa integrazione guadagni straordinaria a zero ore. 2) nel caso di RISCATTO IMMEDIATO (per cause diverse), di RISCATTO PARZIALE PER MEDIA DISOCCUPAZIONE e di RISCATTO PARZIALE PER LUNGA DISOCCUPAZIONE per rappresentare la causa di cessazione dell'attività lavorativa.

CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA - Si ricorda 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. In caso di anticipata risoluzione del rapporto di lavoro, bisogna precisare sempre il motivo della cessazione (influisce sul regime fiscale applicabile). La cessazione del rapporto di lavoro per volontà delle parti può individuarsi, oltre che nei casi indicati, in tutti i casi di interruzione volontaria. La cessazione del rapporto di lavoro per causa indipendente dalla volontà delle parti può invece individuarsi, oltre che nei casi indicati, nella sopravvenuta inabilità totale al lavoro, nel caso in cui l'azienda passi ad un settore diverso da quelli previsti per l'iscrizione al Fondo Pensione o in altri casi di interruzione involontaria.

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 eccedenti la quota di deducibilità 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 non siano già stati comunicati in precedenza (p.e. nella richiesta liq.ne di giugno 2023 vanno indicati, se non ancora comunicati, i contributi non dedotti del 2022 e, se del caso, dei primi 6 mesi del 2023). Eventuali contributi non dedotti relativi agli anni precedenti – ove non ancora comunicati alla forma pensionistica – devono essere comunicati separatamente e prima di richiedere la liquidazione. Si ricorda che non devono essere indicati per la propria posizione gli eventuali contributi non dedotti versati a favore di familiari fiscalmente a carico.

3. COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente o degli eredi/designati)

Indicare le coordinate bancarie complete del conto presso cui deve essere effettuato il bonifico di pagamento. È indispensabile riportare tutti i 27 caratteri dell'**IBAN** come riportati nell'estratto conto che periodicamente si riceve dalla propria banca. Nel caso di conto estero deve essere comunicato anche il codice BIC/SWIFT, la denominazione e l'indirizzo/nazione della Banca estera di accredito. L'IBAN costituisce "l'identificativo unico" del beneficiario del pagamento: pertanto, si invita a verificare con attenzione l'esatta indicazione del codice IBAN. Il Fondo declina ogni responsabilità connessa all'errata indicazione dell'IBAN. In caso di decesso dell'aderente gli eredi/designati devono comunicare le loro coordinate bancarie nel modulo per essi previsto.

Esempio CODIFICA IBAN: **PPKKCAAAAACCCCNNNNNNNNNNN**, 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...)

4. DATI DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA (compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

Aliquota TFR – Da indicare esclusivamente per gli iscritti ante 28/04/1993 ("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.

Data cessazione – è la data in cui cessa l'attività lavorativa richiesta per la partecipazione al Fondo.

Quota esente su quanto maturato entro il 31/12/2000 è l'ammontare tot. 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 dip.te 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.

Abbattimento base imponibile su quanto maturato entro il 31/12/2000 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 gli iscritti post 28/04/1993 ("nuovi iscritti").

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.

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.

DATI PERSONALI DEGLI EREDI / DESIGNATI

EREDE/DESIGNATO RICHIEDENTE

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></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: ()																				
Status: <input type="checkbox"/> Coniuge/unito civilmente <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Altro Erede (specificare):.....																					
<input type="checkbox"/> Designato dall'aderente <input type="checkbox"/> Persona Giuridica (indicare rag. sociale, P.IVA e indirizzo nella sez.ne superiore)																					

COORDINATE BANCARIE

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></tr></table>			<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></tr></table>			<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></tr></table>							<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></tr></table>																				
(compilare INTEGRALMENTE)	Cod. Paese	Cod. Controllo	CIN	ABI (5 caratteri numerici)	CAB (5 caratteri numerici)	Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)																												
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, che:

- quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità;
- non vi sono altri ulteriori eredi o designati rispetto a quelli indicati sulla presente scheda.

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.

Tenuto conto dell'informativa resami ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, **il sottoscritto presta il consenso** al trattamento ed alla comunicazione dei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali ai soggetti individuati nell'informativa stessa per le finalità in essa richiamate.

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

Luogo, data _____ **Firma:** _____

ALTRI EREDI O DESIGNATI (Qualora i richiedenti siano più di due, compilare più schede)

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></tr></table>																					Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: ____ / ____ / ____
Comune di nascita: _____	Provincia: () Telefono: _____																				
Indirizzo di residenza: _____	CAP: _____																				
Comune di residenza: _____	Provincia: ()																				
Status: <input type="checkbox"/> Coniuge/unito civilmente <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Altro Erede (specificare):.....																					
<input type="checkbox"/> Designato dall'aderente <input type="checkbox"/> Persona Giuridica (indicare rag. sociale, P.IVA e indirizzo nella sez.ne superiore)																					

COORDINATE BANCARIE

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></tr></table>			<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></tr></table>			<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></tr></table>							<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></tr></table>																				
(compilare INTEGRALMENTE)	Cod. Paese	Cod. Controllo	CIN	ABI (5 caratteri numerici)	CAB (5 caratteri numerici)	Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)																												
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, che:

- quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità;
- non vi sono altri ulteriori eredi o designati rispetto a quelli indicati sulla presente scheda.

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.

Tenuto conto dell'informativa resami ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, **il sottoscritto presta il consenso** al trattamento ed alla comunicazione dei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali ai soggetti individuati nell'informativa stessa per le finalità in essa richiamate.

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

Luogo, data _____ **Firma:** _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

- **Eredi:** Sono quelli previsti dal Codice Civile (ad esempio il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli e le sorelle, etc. del deceduto)
- **Designati:** Sono le persone fisiche o giuridiche designate esplicitamente dall'aderente.
- **Documentazione da produrre:**
 - è sempre necessario produrre certificato di morte dell'aderente e fotocopia del documento di identità e del codice fiscale dell'erede/designato.
 - Quando gli eredi legittimi hanno diritto al riscatto, è necessario produrre il certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela con l'aderente deceduto ed un atto notorio (ovvero dichiarazione sostitutiva di notorietà) comprovante l'esistenza e le generalità degli eredi superstiti, nonché l'assenza o meno di un testamento. In caso di eredi testamentari, produrre copia autentica del testamento o designazione testamentaria.
 - Il designato dall'aderente deve produrre la documentazione idonea a comprovare la propria designazione, ove la stessa non sia già in possesso del Fondo.
 - In tutti i casi in cui il designato/erede sia un minore o un incapace, è necessario produrre copia del provvedimento del giudice tutelare che autorizza il genitore/tutore a esercitare il riscatto della posizione individuale dell'aderente deceduto in favore del minore; il presente modulo è in questo caso sottoscritto dal genitore/tutore. Il provvedimento deve fare espresso riferimento alla posizione previdenziale dell'aderente deceduto presso il Fondo.
 - In caso di soggetto designato ente/persona giuridica: Attestazione CCIAA o Prefettura da cui risulti che la persona giuridica è validamente costituita, non sottoposta a procedure concorsuali, non si trova in fase di liquidazione; copia del codice fiscale e di valido documento di identità del rappresentante legale della persona giuridica designata.

**Dichiarazione sostitutiva di atto notorio dello stato di non occupazione (non avendo reso
Dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro)**

Consapevole delle sanzioni civili e penali previste dall'art. 76, DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni
mendaci

Il/La sottoscritto/a, C.f.
nato/a a il
iscritto/a al **Fondo CAIMOP**, iscritto alla Sezione I dell'Albo Covip con il n. 1017

in relazione alla richiesta di liquidazione di seguito indicata (barrare una sola delle seguenti opzioni che
siano coerenti con il modulo di richiesta cui tale dichiarazione è allegata):

- riscatto parziale per inoccupazione di almeno 12 mesi
- riscatto totale per inoccupazione superiore a 48 mesi

Non avendo reso la Dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro (DID) agli uffici competenti e al fine
di attestare la condizione di non occupazione prevista dall'art.19 comma 7 del D.lgs. 150/2015 secondo
quanto precisato con Circolari n. 34 del 23 dicembre 2015 e n. 5090 del 4 aprile 2016 dal Ministero del
Lavoro e delle Politiche sociali

DICHIARA

- di non aver svolto e di non svolgere:

- attività lavorativa, in forma subordinata, parasubordinata o autonoma
dal.....ad oggi ovvero
- attività lavorativa, in forma subordinata, parasubordinata o autonoma da cui abbia ricavato un
reddito annuo superiore al reddito minimo escluso da imposizione¹ dal.....ad
oggi.

- di aver dato, mediante la firma sottoscritta, il consenso al trattamento dei miei dati personali, ivi
contenuti, ai sensi dell'art. 13 del GDPR.

Luogo....., data

Firma (DA AUTENTICARE)

.....

¹ Attualmente per lavoratori dipendenti la soglia è di 8.145 euro per reddito prodotto nell'anno; per lavoratori autonomi il suddetto
limite è di 4.800 euro.

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 congeniale 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