

## MODULO DI ADESIONE PER SOGGETTI FISCALMENTE A CARICO

Il presente modulo è parte integrante delle Nota Informativa

**Attenzione:** L'adesione a Previdenza Cooperativa deve essere preceduta dalla consegna e presa visione dei documenti 'Informazioni chiave per l'aderente' e "La mia pensione complementare", versione standardizzata. **Nota informativa** e **Statuto** sono disponibili sul sito [www.previdenzacooperativa.it](http://www.previdenzacooperativa.it). Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo su espressa richiesta dell'aderente.

### DATI DEL SOGGETTO FISCALMENTE A CARICO DEL LAVORATORE ADERENTE

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nato a	Prov.	Stato	il
Residente a			Prov.
Via/Piazza			Cap
Telefono fisso	Cellulare	e-mail	
<b>RICEZIONE DELLE COMUNICAZIONI DEL FONDO VIA E-MAIL</b>			
<input type="checkbox"/> Autorizzo Previdenza Cooperativa ad inviarmi la comunicazione periodica annuale (c.d. estratto conto) e le comunicazioni informative relative alle attività del fondo all'indirizzo e-mail sopra riportato.			


### 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

### DATA PRIMA ISCRIZIONE ALLA PREVIDENZA COMPLEMENTARE

<input type="text"/>	se non sei già iscritto ad alcun fondo, lascia lo spazio in bianco
----------------------	--

### SE GIÀ SI ADERISCE AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE, COMPILARE LA SEGUENTE SEZIONE

Denominazione altra forma pensionistica	Numero iscrizione Albo COVIP
Mi è stata consegnata l'attuale SCHEDA DEI COSTI della forma pensionistica sopraindicata? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO* <small>(*) Non è prevista la consegna della Scheda dei costi solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non sia tenuta a redigerla</small>	
	La scheda dei costi del <u>precedente fondo pensione</u> sopra indicato deve essere firmata e inviata a previdenza cooperativa insieme a questo modulo di adesione

### DATI DEL LAVORATORE ADERENTE

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nato a	Prov.	Stato	il
Residente a			Prov.
Via/Piazza			Cap
Numero di iscrizione a Previdenza Cooperativa			

## 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	CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE
<p><b>1. Conoscenza dei fondi pensione</b></p> <p><input type="checkbox"/> ne so poco</p> <p><input type="checkbox"/> sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare di tipo finanziario o assicurativo</p> <p><input type="checkbox"/> ho una conoscenza dei diversi tipi di fondi pensione e delle principali tipologie di prestazioni</p> <p><b>2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione</b></p> <p><input type="checkbox"/> non ne sono al corrente</p> <p><input type="checkbox"/> so che le somme versate non sono liberamente disponibili</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><b>3. A che età prevede di andare in pensione?</b></p> <p>..... anni</p> <p><b>4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)?</b></p> <p>..... per cento</p> <p><b>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")?</b></p> <p><input type="checkbox"/> sì</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><b>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?</b></p> <p><input type="checkbox"/> sì</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Per trarre indicazioni sulla congruità della opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7,8 e 9</i></p> <p><b>7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)</p> <p><input type="checkbox"/> Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)</p> <p><input type="checkbox"/> Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3)</p> <p><input type="checkbox"/> Non so/non rispondo (punteggio 1)</p> <p><b>8. Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2 anni (punteggio 1)</p> <p><input type="checkbox"/> 5 anni (punteggio 2)</p> <p><input type="checkbox"/> 7 anni (punteggio 3)</p> <p><input type="checkbox"/> 10 anni (punteggio 4)</p> <p><input type="checkbox"/> 20 anni (punteggio 5)</p> <p><input type="checkbox"/> Oltre 20 anni (punteggio 6)</p> <p><b>9. In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)</p> <p><input type="checkbox"/> Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)</p>

### 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.

PUNTEGGIO	FINO A 4	TRA 5 E 7	TRA 8 E 12
<b>CATEGORIA DEL COMPARTO</b>	- Garantito - Obbligazionario puro - Obbligazionario misto	- Obbligazionario misto - Bilanciato	- Bilanciato - Azionario

<b>BARRARE UNA SOLA OPZIONE</b>	<p><input type="checkbox"/> Dichiaro che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ho valutato la congruità o meno della mia scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.</p> <p><input type="checkbox"/> Dichiaro che il Questionario non è stato compilato o è stato compilato solo in parte e di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.</p>
---------------------------------	---

<p><b>Data</b></p>	<p><b>Firma del soggetto fiscalmente a carico dell'Aderente (se maggiorenne) o di chi esercita sullo stesso la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela (se minorenni)</b></p>
--------------------	--



## OPZIONE DI INVESTIMENTO DELLA CONTRIBUZIONE

DENOMINAZIONE DEI COMPARTI	CATEGORIA	RIPARTIZIONE
SICURO	Garantito	_____ %
BILANCIATO PAN-EUROPEO (EX-COOPERLAVORO)	Obbligazionario misto	_____ %
BILANCIATO TOTAL RETURN (EX-FILCOOP)	Bilanciato	_____ %
BILANCIATO GLOBALE (EX-PREVICOOPER)	Obbligazionario misto	_____ %
DINAMICO GLOBALE (EX-COOPERLAVORO)	Azionario	_____ %
DINAMICO PAN-EUROPEO (EX-PREVICOOPER)	Azionario	_____ %



In caso di mancata indicazione della scelta, la contribuzione sarà investita nel comparto bilanciato pan-europeo (ex Cooperlavoro). Per maggiori informazioni sui comparti di investimento vedi le istruzioni del modulo o vai sul sito [www.previdenzacooperativa.it](http://www.previdenzacooperativa.it).

## SCELTA DELLA CONTRIBUZIONE

- VERSAMENTI DIRETTI.** Il lavoratore aderente indica l'importo della contribuzione all'atto di ciascun versamento sul modulo allegato "Contribuzione soggetti fiscalmente a carico – Versamento diretto".
- VERSAMENTI INDIRETTI TRAMITE AZIENDA.** Il lavoratore aderente comunica all'azienda l'entità della contribuzione da trattenere sulla busta paga in favore del soggetto fiscalmente a carico (vd. fac-simile allegato).

## BENEFICIARI IN CASO DI MORTE DELL'ADERENTE

<input type="checkbox"/> Eredi	<input type="checkbox"/> Beneficiari (se si intende designare uno o più beneficiari occorre compilare il modulo di "Designazione dei beneficiari" disponibile sul sito web del Fondo e inviarlo <u>in originale a mezzo posta a Previdenza Cooperativa</u> )
--------------------------------	--

## L'aderente dichiara

- di aver ricevuto e preso visione dei documenti 'Informazioni chiave per l'aderente' e 'La mia pensione complementare', versione standardizzata;
- di essere informato della possibilità di richiedere lo Statuto, la Nota informativa e ogni altra documentazione attinente il fondo pensione, comunque disponibili sul sito [www.previdenzacooperativa.it](http://www.previdenzacooperativa.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 (soltanto se già iscritto 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.previdenzacooperativa.it](http://www.previdenzacooperativa.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 aver preso visione delle Istruzioni di compilazione allegate, che costituiscono parte integrante del presente modulo di adesione;
- di aver preso visione dell'informativa allegata art. 13 del Regolamento UE 2016/679 autorizzando il trattamento dei dati personali.

## Chiede

di aderire all'Associazione Fondo Pensione Complementare Previdenza Cooperativa.

## Delega

il mio datore di lavoro a trattenere dalla mia retribuzione e dal mio TFR i contributi sopra indicati e a provvedere al relativo versamento a PREVIDENZA COOPERATIVA secondo i termini e le modalità stabiliti dalla regolamentazione di PREVIDENZA COOPERATIVA. Mi impegno, inoltre, ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto, dalle norme operative interne e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione previdenziale.

Data	Firma dell'Aderente	Firma del soggetto fiscalmente a carico dell'Aderente (se maggiorenne) o di chi esercita sullo stesso la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela (se minorenni)	
_____	_____	_____	



Apporre le due firme dove indicato dal simbolo e dall'indicazione: Firma dell'Aderente e consegnare al datore di lavoro per la compilazione della sezione ad esso riservata

**SEZIONE RISERVATA AI DATI DELL'AZIENDA (compilazione a cura dell'azienda se la sottoscrizione dell'adesione avviene in azienda)**

Ragione sociale		Codice azienda	
Codice fiscale/partita IVA			
Indirizzo		CAP	Comune
Prov.			
Tel.	Fax	E-mail	
Fonte Istitutiva (Contratto, accordo, regolamento)			
Con la presente il sottoscritto datore di lavoro aderisce a Previdenza Cooperativa e si impegna: - a inoltrare la domanda di adesione al fondo entro 30 giorni dalla sottoscrizione del lavoratore			
<b>Data ricevimento della domanda</b>		<b>Il datore di lavoro (timbro e firma)</b>	
_____		_____	

**SPAZIO RISERVATO ALLA COMPILAZIONE DA PARTE DEGLI ISTITUTI DI PATRONATO INCARICATI DELLA RACCOLTA DELLE ADESIONI**  
 (se la sottoscrizione dell'adesione avviene presso i medesimi istituti)

Adesione effettuata dall'Istituto di Patronato	<input type="checkbox"/> ACLI	<input type="checkbox"/> INCA	<input type="checkbox"/> INAS	<input type="checkbox"/> ITAL
Codice patronato	Sede di			
Referente (nome e cognome in stampatello)				
Tel.	E-mail			
Il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni DICHIARA di aver preso visione dell'informativa allegata in materia di protezione dei dati personali (vedi allegato), ed esprime il consenso al trattamento dei propri dati con le finalità e nei limiti illustrati nell'informativa predetta.				
<b>Luogo e data ricevimento della domanda</b>		<b>Firma</b>		
_____		_____		

**IL MODULO DI ADESIONE DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E INVIATO PER POSTA CARTACEA O POSTA CERTIFICATA PEC A Fondo Pensione PREVIDENZA COOPERATIVA**

**PER POSTA**

**Via Carlo Bartolomeo Piazza, 8  
00161 Roma**
**PER POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA**

[previdenzacooperativa@pec.it](mailto:previdenzacooperativa@pec.it)

## INFORMATIVA EX ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

In conformità al Regolamento relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016), Previdenza Cooperativa con sede legale in Roma – Via Carlo Bartolomeo Piazza 8 – Tel. 0644292994 - Fax 0644261933– PEC: [previdenzacooperativa@pec.it](mailto:previdenzacooperativa@pec.it) (di seguito “il Fondo Pensione”), in qualità di “ Titolare del trattamento”, è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali.

### FONTI DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso del Fondo sono raccolti direttamente presso l'interessato ovvero presso terzi, intendendosi per tali principalmente i soggetti abilitati alla raccolta delle adesioni ([v. nota informativa](#)).

### FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI E NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti al Fondo Pensione, sono effettuati:

- per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio nonché delle altre prestazioni disciplinate dal 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.

I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori del Fondo Pensione, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo Pensione e in conformità alle istruzioni che saranno dallo stesso impartite.

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

### 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;
- compagnie di assicurazione e società finanziarie incaricate della gestione delle risorse del Fondo Pensione;
- società di servizi amministrativi, contabili ed informatici;

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.

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

Il Fondo Pensione, su richiesta dell'iscritto, fornirà l'elenco dei soggetti esterni ai quali i dati vengono trasmessi.

### PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Fondo Pensione conserverà i dati personali per un periodo di 10 (dieci) anni decorrenti dalla cessazione del rapporto con l'interessato.

### DIRITTO DI ACCESSO AI DATI PERSONALI ED ALTRI DIRITTI

In relazione ai dati personali conferiti, l'Interessato potrà esercitare i diritti di cui al Regolamento UE 679/2016:

- diritto di accesso;
- diritto di ottenere la rettifica, l'integrazione, la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento degli stessi;
- diritto di opposizione al trattamento;
- diritto alla portabilità dei dati;
- diritto di revocare il consenso;
- diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali.

L'Interessato potrà esercitare i diritti di cui al Regolamento mediante trasmissione di una comunicazione scritta - a mezzo lettera raccomandata - alla sede di Previdenza Cooperativa, Via Carlo Bartolomeo Piazza 8-00161-Roma o via PEC: [previdenzacooperativa@pec.it](mailto:previdenzacooperativa@pec.it) – indirizzandola all'attenzione del direttore Generale Federico Spiniello.

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Domanda di adesione

### SEZIONE RISERVATA AL LAVORATORE E AL SOGGETTO FISCALMENTE A CARICO

Compila in stampatello in modo chiaro e leggibile e Firma negli spazi indicati

L'adesione può avvenire esclusivamente a seguito della sottoscrizione del presente Modulo, compilato in ogni sua parte. L'incompleta compilazione o la mancanza delle firme previste comporta il rigetto della domanda presentata.

#### DATI ANAGRAFICI FISCALMENTE A CARICO

Indica correttamente tutti i dati richiesti.



L'autorizzazione all'invio per posta elettronica della Comunicazione Periodica annuale può essere revocata entro il 31 gennaio di ogni anno. Come? Accedendo all'area riservata del sito web con le credenziali di accesso che le forniremo con la lettera di conferma dell'avvenuta iscrizione o inviando una comunicazione per posta ordinaria all'indirizzo riportato in calce alle seguenti istruzioni. In secondo luogo la invitiamo a mantenere costantemente aggiornate le sue informazioni anagrafiche e i suoi recapiti, ivi compreso l'indirizzo di posta elettronica. Il Fondo non è responsabile per la mancata e/o puntuale ricezione delle comunicazioni dovuta al mancato aggiornamento dei recapiti e dell'indirizzo di posta elettronica forniti.

#### DATA PRIMA ISCRIZIONE ALLA PREVIDENZA COMPLEMENTARE

Se non ti sei mai iscritto ad altra forma lascia lo spazio in bianco.

**In nessun caso la sola indicazione di tale data può essere ritenuta sufficiente per attestare l'anzianità di iscrizione.**Iscritto in precedenza al Fondo Pensione

Se non sei già iscritto ad alcun Fondo, lascia lo spazio in bianco. In caso contrario indica il nome della forma pensionistica alla quale sei iscritto, firma e allega al modulo la scheda costi della forma pensionistica indicata. (non vanno considerate le polizze vita individuali e collettive stipulate prima del 31 dicembre 2000, in quanto non considerate strumenti previdenziali).

#### OPZIONE DI INVESTIMENTO

La gestione Multicomparto permette agli iscritti una più dinamica diversificazione degli investimenti. Infatti essi possono scegliere il comparto nel quale investire tutta la contribuzione (in questo caso scrivi a fianco del nome del comparto 100%) oppure suddividere i flussi contributivi su due o più comparti nelle percentuali desiderate. Scegli tra i seguenti comparti:

NOME COMPARTO	CATEGORIA	CARATTERISTICHE
SICURO	Garantito	Azioni fino ad un massimo del 10%, per il residuo obbligazioni con garanzia di capitale
BILANCIATO PAN-EUROPEO (EX-COOPERLAVORO)	Obbligazionario misto	Azioni 25%; obbligazioni 75%
BILANCIATO TOTAL RETURN (EX-FILCOOP)	Bilanciato	Obbligazioni per un minimo del 50%, per il residuo azioni
BILANCIATO GLOBALE (EX-PREVICOOPER)	Obbligazionario misto	Azioni fino ad un massimo del 30%, per il residuo obbligazioni
DINAMICO GLOBALE (EX-COOPERLAVORO)	Azionario	Azioni 50% obbligazioni 50%
DINAMICO PAN-EUROPEO (EX-PREVICOOPER)	Azionario	Azioni fino a un massimo del 60%, per il residuo obbligazioni



In caso di mancata indicazione della scelta, la contribuzione sarà investita nel comparto bilanciato pan-europeo (ex Cooperlavoro). Per maggiori informazioni sui comparti di investimento vai sul sito [www.previdenzacooperativa.it](http://www.previdenzacooperativa.it).

#### CONTRIBUZIONE

Vedi il Regolamento recante la disciplina della partecipazione al fondo dei soggetti fiscalmente a carico

#### BENEFICIARI IN CASO DI MORTE DELL'ADERENTE

In forza dell'art. 14 comma 3 del D. Lgs. 252/05 "In caso di morte dell'aderente ad una forma pensionistica complementare prima della maturazione del diritto alla prestazione pensionistica l'intera posizione individuale maturata è riscattata dagli eredi ovvero dai diversi beneficiari dallo stesso designati, siano essi persone fisiche o giuridiche". Per designare beneficiari compilare l'apposito modulo scaricabile dal sito [www.previdenzacooperativa.it](http://www.previdenzacooperativa.it). In mancanza di una diversa volontà dell'aderente che attribuisca la facoltà di riscatto ad un altro beneficiario, il diritto al riscatto della posizione compete agli eredi. Qualora l'aderente barri contemporaneamente entrambe le opzioni ('eredi' e 'beneficiari') prevalgono gli 'eredi'. Qualora l'aderente segni l'opzione 'beneficiari', la designazione si intenderà perfezionata ed efficace esclusivamente con la ricezione dell'apposito modulo completo.

#### DATI ANAGRAFICI LAVORATORE ADERENTE

**Numero di iscrizione:** il numero di iscrizione al fondo è riportato nella lettera di benvenuto e nella seconda pagina di ciascuna comunicazione periodica. Se hai smarrito il numero di iscrizione devi inviare una richiesta a mezzo e-mail all'indirizzo [previdenzacooperativa@previnet.it](mailto:previdenzacooperativa@previnet.it), allegando copia di un documento di identità in corso di validità.

#### PER INFORMAZIONI SULLE MODALITÀ DI ADESIONE CHIAMARE

**199 28 0909**

Il costo del servizio legato al numero 199 28 09 09 è paragonabile, per chi chiama da rete fissa, a quello di una chiamata urbana:  
- da rete fissa 2,4 centesimi di euro al minuto e di 6 centesimi di euro alla risposta (iva inclusa);  
- da rete mobile di 15 centesimi di euro alla risposta, per la conversazione dipende dal gestore di appartenenza (iva inclusa)

**CONTRIBUZIONE SOGGETTI FISCALMENTE A CARICO VERSAMENTO DIRETTO****DATI DEL SOGGETTO FISCALMENTE A CARICO DEL LAVORATORE ADERENTE**

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nato a	Prov.	Stato	il
Residente a		Prov.	
Via/Piazza		Cap	
Telefono fisso	Cellulare	e-mail	

**DATI DEL LAVORATORE ADERENTE**

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nato a	Prov.	Stato	il
Residente a		Prov.	
Via/Piazza		Cap	
Numero di iscrizione a Previdenza Cooperativa			

**DATI VERSAMENTO**

Dichiaro di aver effettuato un versamento di Euro	In numero	In lettere
	_____	
con la seguente valuta <i>indicare la data valuta con cui è stato effettuato il bonifico</i>	___/___/___	

Firma del Lavoratore Aderente \_\_\_\_\_

**ALLEGA AL MODULO COPIA  
DEL BONIFICO EFFETTUATO****IL MODULO DEVE ESSERE INVIATO CON LE SEGUENTI MODALITÀ****POSTA**  
Via Carlo Bartolomeo Piazza,  
8 - 00161 Roma**FAX**  
06 44261933**PEC**  
previdenzacooperativa@pec.it**IBAN DEL FONDO SU CUI EFFETTUARE IL VERSAMENTO**IBAN: **IT58E034390160000001039222** - BIC **SBOSITMLXXX**

Intestato a: Fondo Pensione Previdenza Cooperativa - Via C.B. Piazza 8, 00161 Roma

Ubicato presso State Street SpA, Via Ferrante Aporti, 10 - 20125 Milano

L'assegnazione delle quote, a seguito di versamenti volontari, avviene sulla base delle seguenti regole:

- i versamenti effettuati entro il 16 sono investiti sulla posizione dell'iscritto al valore quota del mese di versamento;
- quelli effettuati dopo il 16 sono investiti al valore quota del mese successivo a quello del versamento.

RISPETTARE ASSOLUTAMENTE LA SCADENZA DEL 16 PER I VERSAMENTI EFFETTUATI NEL MESE DI DICEMBRE, SE SI VUOLE ESSERE CERTI DI OTTENERE IL BENEFICIO FISCALE NELL'ANNO CORRENTE.



**INFORMAZIONI UTILI ALLA PREDISPOSIZIONE DELL'ORDINE DI BONIFICO**

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Spett.le

Nome banca													
ABI				CAB									

**Oggetto: Ordine di bonifico**

vi prego di voler eseguire il seguente ordine di bonifico:

Importo	In €	In lettere
	_____	
<b>IBAN</b>		
<b>INTESTATARIO</b> c/c PREVIDENZA COOPERATIVA - VIA C.B. PIAZZA 8, 00161 ROMA		
<b>BANCA</b> STATE STREET SPA CON SEDE VIA FERRANTE APORTI, 10 - 20125 MILANO		
<b>CAUSALE</b> "CONTRIBUTI PREVIDENZIALI FISCALMENTE A CARICO: _____" cognome e nome		
<b>Codice Fiscale Fiscalmente a carico</b>		

L'importo sopra indicato dovrà essere addebitato sul c/c con il seguente IBAN

IBAN
<b>INTESTATO A</b>

**Visto della Banca****ALLEGA COPIA DELLA RICEVUTA DI BONIFICO AL MODULO CONTRIBUZIONE  
SOGGETTI FISCALMENTE A CARICO VERSAMENTO DIRETTO**



**FAC – SIMILE CONTRIBUTIONE SOGGETTI FISCALMENTE A CARICO VERSAMENTO  
INDIRETTO TRAMITE AZIENDA****CONTRIBUZIONE PER IL SOGGETTO FISCALMENTE A CARICO**

Spett.le Ufficio del personale		Nome azienda o struttura appartenenza del richiedente	
<b>Il sottoscritto lavoratore di questa società ed iscritto al Fondo Pensione Previdenza Cooperativa</b>			
Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nato a	Prov.	Stato	il
Residente a			Prov.
Via/Piazza			Cap
Telefono fisso	Cellulare	e-mail	

comunica che ha iscritto al Fondo Pensione Previdenza Cooperativa il seguente soggetto fiscalmente a suo carico

**DATI DEL SOGGETTO FISCALMENTE A CARICO DEL LAVORATORE ADERENTE**

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nato a	Prov.	Stato	il
Residente a			Prov.
Via/Piazza			Cap
Tel.			

**DATI VERSAMENTO**

come da accordi intercorsi, chiedo di versare la contribuzione a favore del soggetto fiscalmente a carico tramite trattenuta da effettuarsi mensilmente sulla retribuzione utile ai fini del calcolo del TFR (o parte di essa).

**DICHIARA** di essere consapevole delle disposizioni fiscali che regolano la contribuzione alla previdenza complementare (deducibilità della contribuzione a carico azienda e a carico lavoratore fino al limite complessivo annuo di € 5.164,57)<sup>1</sup>.

**DELEGA** il datore di lavoro a prelevare dalla mia retribuzione mensile e a versare a Previdenza Cooperativa:

una percentuale pari a \_\_\_\_\_ % calcolata sulla medesima retribuzione imponibile utilizzata per il versamento della contribuzione ordinaria.

un importo in valore assoluto mensile pari a € \_\_\_\_\_

Firma del Lavoratore Aderente \_\_\_\_\_



**IL MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO AL DATORE DI LAVORO. NON VA INVIATO AL FONDO**

<sup>1</sup> Si fa presente che la contribuzione versata per il familiare fiscalmente a carico rientra nelle condizioni previste dall'Art. 12 del TUIR