

MODULO DI ADESIONE PER SOGGETTI FISCALMENTE A CARICO

Il presente modulo è parte integrante della Nota Informativa

Attenzione: L'adesione a Previdenza Cooperativa 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 Statuto sono disponibili sul sito 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 | |

RICEZIONE DELLE COMUNICAZIONI DEL FONDO VIA E-MAIL

Autorizzo Previdenza Cooperativa ad inviarmi il "Prospetto delle prestazioni pensionistiche-fase accumulo" 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

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 SU OGNI PAGINA 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. **IL PRESENTE QUESTIONARIO NON DEVE ESSERE COMPILATO NEL CASO DI SOGGETTO FISCALMENTE A CARICO MINORENNE.**

| CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA | CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE |
|---|---|
| <p>1. Conoscenza dei fondi pensione</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>2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione</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>3. A che età prevede di andare in pensione?</p> <p>..... anni</p> <p>4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)?</p> <p>..... per cento</p> <p>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")?</p> <p><input type="checkbox"/> sì</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p>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?</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>7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)</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>8. Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?</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>9. In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><i>Per trarre indicazioni sulla congruità della opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7,8 e 9</i></p> </div> |

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 |
|-------------------------------|--|---|-----------------------------|
| CATEGORIA DEL COMPARTO | - Garantito - Obbligazionario puro - Obbligazionario misto | - Obbligazionario misto - Bilanciato | - Bilanciato - Azionario |

In caso di adesione a più comparti, la verifica di congruità sulla base del Questionario non risulta possibile: l'aderente deve, in questi casi, effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.

OBBLIGATORIO BARRARE UNA SOLA OPZIONE

- Dichiaro 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.
- 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.


Data

Firma del soggetto fiscalmente a carico dell'Aderente (maggiorenne)



OPZIONE DI INVESTIMENTO DELLA CONTRIBUZIONE

| DENOMINAZIONE DEI COMPARTI | CATEGORIA | RIPARTIZIONE |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| SICURO | Garantito | <input type="checkbox"/> _____ % |
| BILANCIATO | Obbligazionario misto | <input type="checkbox"/> _____ % |
| DINAMICO | Azionario | <input type="checkbox"/> _____ % |



In caso di mancata indicazione della scelta, la contribuzione sarà investita nel Comparto Bilanciato.
Per maggiori informazioni sui comparti di investimento vedi le istruzioni del modulo o vai sul sito 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 soggettiva 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).

SOGGETTI CHE HANNO DIRITTO DI RISCATTARE LA POSIZIONE INDIVIDUALE IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE

| | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Eredi | <input type="checkbox"/> Designati (se si intende designare uno o più soggetti aventi titolo al riscatto occorre compilare il modulo di "Designazione degli aventi titolo al riscatto per premorienza" disponibile sul sito web del Fondo e inviarlo <u>in originale a mezzo posta a Previdenza Cooperativa</u> *È importante inserire i designati con indicazione puntuale, al fine di permettere al Fondo un'immediata e certa identificazione della volontà dell'aderente. |
|--------------------------------|--|

L'aderente dichiara

- di aver ricevuto e preso visione dei documenti "Le Informazioni chiave per l'aderente" della Nota Informativa e l'Appendice "Informativa sulla sostenibilità";
- 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;
- 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 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, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione 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.previdenzacooperativa.it;
- 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, 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;
- di aver preso visione delle Istruzioni di compilazione allegate, che costituiscono parte integrante ed essenziale del presente modulo di adesione;
- di aver preso visione dell'informativa allegata ai sensi del Regolamento UE 2016/679, del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., autorizzando il trattamento dei miei dati personali.

Chiede

di aderire all'Associazione Fondo Pensione Complementare Previdenza Cooperativa.

Delega

il proprio datore di lavoro a trattenere dalla retribuzione e dal 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 trasmettere al Fondo il modulo di adesione originale entro la fine del mese di consegna da parte del lavoratore | | | | | | | | | | | | |
| - in caso di invio di copia del modulo di adesione a mezzo PEC, a conservare l'originale presso i propri archivi ed esibirlo al Fondo su richiesta | | | | | | | | | | | | |
| Data ricevimento della domanda | | | | | | Il datore di lavoro (timbro e firma) | | | | | | |
| _____ | | | | | | _____ | | | | | | |

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. | | | | | | | | | | | |
| Luogo e data ricevimento della domanda | | | | | | Firma | | | | | |
| _____ | | | | | | _____ | | | | | |

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 ELETRONICA CERTIFICATA

previdenzacooperativa@pec.it

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 E DEL D.LGS. 196/03 e s. m. i.

CHI SIAMO

Questa comunicazione Vi viene resa disponibile – anche ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ("Regolamento" o "GDPR"), del D.lgs. 30/06/2003 n. 196 ("Codice Privacy"), come modificato e integrato dal D.lgs. 101/2018, e delle successive modifiche ed integrazioni – da **Previdenza Cooperativa** con sede legale in Roma (RM), via C. B. Piazza n. 8, in qualità di Titolare del trattamento dei Vostri dati personali.

CATEGORIE DI DATI TRATTATI

Nell'ambito dei rapporti in essere, i dati che Previdenza Cooperativa andrà a trattare comprendono le seguenti categorie di dati:

| Categoria | Esempi (non esaustivi) |
|---|---|
| Vostri dati personali | - dati anagrafici; - indirizzo e contatti (telefono, e-mail); - dati contributivi e fiscali; - dati bancari e su eventuali finanziamenti attivi; - ecc. |
| Dati personali della Vostra famiglia | - stato civile; - composizione della famiglia; - anagrafiche dei familiari; - ecc. |
| Dati Relativi alla Vostra formazione, carriera | - titoli di studio; - ruolo aziendale ricoperto; - ecc. |
| Dati relativi alla vostra remunerazione | - dati retributivi; - benefit (assicurazioni, welfare, ecc.); - eventuali finanziamenti con cessione del V dello stipendio; - ecc. |
| Vostri dati particolari | - informazioni sanitarie e mediche; - eventuali disabilità; - dati giudiziari; - ecc. |

FONDAMENTO GIURIDICO E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali, tra cui quelli particolari, sono raccolti direttamente presso l'interessato o presso l'azienda **o presso i terzi abilitati alla raccolta delle adesioni (vd. Nota informativa tempo per tempo vigente).**

Previdenza Cooperativa tratterà i Vostri Dati Personali solo se:

- avrà ottenuto il Vostro preventivo consenso all'interno del modulo di adesione;
- il trattamento è necessario per adempiere ad obblighi di legge nazionali ed europei o regolatori, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate;
- per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio nonché delle altre prestazioni disciplinate dal D.lgs. 252/2005.

Il conferimento dei dati personali e particolari ha natura facoltativa tuttavia il rifiuto a fornirli determinerà l'impossibilità, per il Fondo Previdenza Cooperativa, di adempiere le finalità ivi indicate.

CONDIVISIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali raccolti da Previdenza Cooperativa verranno condivisi solo per le finalità di cui sopra; non condivideremo o trasferiremo i Dati Personali Vostri a terzi diversi da quelli indicati nella presente Informativa sulla privacy.

Nel corso delle nostre attività ed esclusivamente per gli stessi scopi di quelli elencati nella presente Informativa sulla privacy, i Vostri Dati Personali potranno essere trasferiti alle seguenti categorie di destinatari, quali:

- il personale dipendente e collaboratori del Fondo Pensione incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo e in conformità alle istruzioni che saranno dallo stesso impartite;
- istituti bancari incaricati dell'attività di custodia e gestione del patrimonio;
- compagnie di assicurazione e società finanziarie incaricate della gestione delle risorse del Fondo;
- Commissione di vigilanza sui fondi pensione per i compiti istituzionali dell'Autorità nonché ad altri organi di vigilanza nei casi previsti dalla normativa vigente;
- società di consulenza, società fornitrici di servizi amministrativi, contabili ed informatici.

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile presso la sede legale del Titolare e sarà fornito previa richiesta scritta.

Previdenza Cooperativa conserva i dati in Italia e non trasferisce alcun dato personale fuori dalla UE.

PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Fondo Previdenza Cooperativa procederà al trattamento dei dati personali conferiti:

- nel rispetto della normativa in materia di tutela del trattamento dei dati personali nonché degli obblighi e delle garanzie di legge, statutarie e regolamentari;
- con gli strumenti e modalità ritenuti idonei a proteggerne la sicurezza e riservatezza; in particolare, il trattamento sarà effettuato sia manualmente che attraverso l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati, per i quali sono adottate specifiche misure a protezione.

Lo scopo è proteggerli da distruzione o alterazione accidentali o illecite, perdita accidentale, divulgazione o accessi non autorizzati e da altre forme di elaborazione illecite.

Inoltre, quando gestisce i Vostrì Dati Personali, il Fondo raccoglie e tratta i dati personali che sono adeguati, pertinenti e non eccessivi, come richiesto per soddisfare le finalità di cui sopra e assicura che tali dati personali rimangano aggiornati e accurati.

TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI

Fatto salvo il Vostro diritto a opporVi al trattamento dei dati personali e/o a richiederne la cancellazione, Previdenza Cooperativa conserverà i Vostrì Dati Personali per un massimo di 10 anni come previsto dalla normativa vigente. Quando questo periodo scade, i Vostrì Dati Personali verranno rimossi dai sistemi attivi di Previdenza Cooperativa.

I VOSTRI DIRITTI DI LEGGE

I diritti connessi ai dati personali che Previdenza Cooperativa tratta sono:

- DIRITTO ALLA RETTIFICA

Voi potete ottenere da parte di Previdenza Cooperativa la rettifica dei dati personali che Vi riguardano o da Voi comunicateci. Previdenza Cooperativa compie sforzi ragionevoli per fare sì che i dati personali in suo possesso siano precisi, completi, aggiornati e pertinenti, sulla base delle informazioni più recenti a disposizione.

- DIRITTO ALLA LIMITAZIONE

Voi potete ottenere una limitazione al trattamento dei Vostrì Dati Personali qualora:

- contestiate la precisione dei Vostrì Dati Personali, nel periodo in cui Previdenza Cooperativa deve verificarne l'accuratezza;
- il trattamento sia illecito e chiedete una limitazione del trattamento o la cancellazione dei i Vostrì Dati Personali;
- non sussista più, da parte di Previdenza Cooperativa, la necessità di mantenere i Vostrì Dati Personali, ma Voi ne abbiate bisogno per accertare, esercitare o difendere i Vostrì diritti in sede giudiziaria oppure
- Vi opponiate al trattamento mentre Previdenza Cooperativa verifica se le sue motivazioni legittime prevalgano sulle Vostre.

- DIRITTO ALL'ACCESSO

Voi potete chiedere a Previdenza Cooperativa informazioni sui dati personali conservati che Vi riguardano, incluse le informazioni su quali categorie di dati personali Previdenza Cooperativa possiede o controlla, a quale scopo vengano usati, dove sono stati raccolti (se non direttamente da Voi), e a chi siano stati eventualmente comunicati.

- DIRITTO ALLA PORTABILITÀ

In seguito alla Vostra richiesta, Previdenza Cooperativa trasferirà i Vostrì Dati Personali a un altro Titolare del trattamento, se tecnicamente possibile, a condizione che il trattamento sia basato sul Vostro consenso o sia necessario per l'esecuzione di un contratto.

- DIRITTO ALLA CANCELLAZIONE

Voi potrete ottenere da Previdenza Cooperativa la cancellazione dei Vostrì Dati Personali, qualora:

- i dati personali non siano più necessari in relazione agli scopi per cui sono stati raccolti o altrimenti trattati;
- Voi abbiate diritto a opporVi a un ulteriore trattamento dei Vostrì Dati Personali, ed esercitate questo diritto alla opposizione;
- i dati personali siano stati trattati in modo illecito.

A meno che il trattamento sia necessario in virtù di obblighi legali, di legge o al fine di costituire, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria.

- DIRITTO ALLA OPPOSIZIONE

Voi potete opporVi in qualsiasi momento al trattamento dei Vostrì Dati Personali, alla condizione che il trattamento non sia basato sul Vostro consenso ma sui legittimi interessi di Previdenza Cooperativa o di terzi. In tali ipotesi Previdenza Cooperativa non tratterà più i Vostrì Dati Personali, a meno che sia possibile dimostrarVi i motivi cogenti e legittimi, un interesse prevalente al trattamento o all'accertamento, oppure l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria. Qualora Voi Vi opponiate al trattamento, specificate cortesemente se intendete cancellare i Vostrì Dati Personali, o limitarne il trattamento.

In caso di supposta violazione della legge vigente in materia di privacy, potrete presentare un reclamo presso il Garante per la protezione dei dati personali, tramite PEC protocollo@pec.gpdp.it.

MODIFICHE DELLA PRESENTE INFORMATIVA PRIVACY

Eventuali modifiche o integrazioni future al trattamento dei dati personali, come descritto nella presente Informativa sulla privacy, verranno notificate tramite i consueti canali di comunicazione utilizzati da Previdenza Cooperativa (ad esempio tramite il sito internet).

TITOLARE DEL TRATTAMENTO E REFERENTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Per esercitare i diritti di cui agli artt. 15 ss. del Regolamento privacy, potrete rivolgerVi al Titolare del trattamento Previdenza Cooperativa avente sede in Roma (RM), via C. B. Piazza n. 8, telefono 06/44292994.

Altrimenti contattare il Responsabile per la protezione dei dati personali DPO MARCO FOSSI, e-mail contatti.privacy@previdenzacooperativa.it.

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 del "Prospetto delle prestazioni pensionistiche-fase accumulo" 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 | Obbligazionario misto | Azioni 30%; obbligazioni 70% |
| DINAMICO | Azionario | Azioni 50%; obbligazioni 50% |



In caso di mancata indicazione della scelta, la contribuzione sarà investita nel comparto Bilanciato. Per maggiori informazioni sui comparti di investimento vai sul sito www.previdenzacooperativa.it.

CONTRIBUZIONE

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

SOGGETTI CHE HANNO DIRITTO DI RISCATTARE LA POSIZIONE INDIVIDUALE IN CASO DI DECESSO 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 soggetti dallo stesso designati, siano essi persone fisiche o giuridiche". Per designare uno o più soggetti aventi titolo al riscatto per premorienza compilare l'apposito modulo scaricabile dal sito www.previdenzacooperativa.it. In mancanza di una diversa volontà dell'aderente che attribuisca la facoltà di riscatto ad un altro designato, il diritto al riscatto della posizione compete agli eredi. Qualora l'aderente barri contemporaneamente entrambe le opzioni ('eredi' e 'designati') prevalgono gli 'eredi'. Qualora l'aderente segni l'opzione 'designati', 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 sezione "I tuoi dati" del "Prospetto delle prestazioni pensionistiche-fase accumulo". Se hai smarrito il numero di iscrizione devi inviare una richiesta tramite la funzione "Recupera password" del sito web.

PER INFORMAZIONI SULLE MODALITÀ DI ADESIONE CHIAMARE



04221745957

- Il costo del servizio telefonico è paragonabile a quello di una chiamata da rete fissa e la tariffazione dipende dal proprio operatore di telefonia fissa o mobile.

VERSAMENTO VOLONTARIO ADERENTE FISCALMENTE A CARICO

Compilare i campi indicati dalla freccia e consegnare questo foglio alla Banca oppure, in caso di operazione tramite Home-Banking, riportare i dati indicati dalla freccia nei campi della compilazione on-line del bonifico.

Per permettere la corretta attribuzione del versamento, raccomandiamo di **riportare l'intera causale** all'interno dell'ordine di bonifico. In mancanza, non sarà possibile attribuire l'importo sulla posizione dell'aderente.

Una volta eseguito il bonifico, **non è necessario inviare alcuna documentazione agli Uffici del Fondo.**

IBAN

IT 86 Y 03479 01600 000802379500

CAUSALE

F I S C A
(Codice versamento)

(Codice fiscale dell'iscritto)

(Cognome e Nome dell'iscritto)

IMPORTO

. , euro

INTESTATO A

Previdenza Cooperativa

BANCA

BNP Paribas S.A., Succursale Italia (Milano)

PROMEMORIA.

Per beneficiare dello sconto fiscale, sarà sufficiente, al momento della Dichiarazione dei Redditi, indicare al tuo CAF o al consulente di fiducia l'importo versato e consegnare copia della ricevuta del bonifico.

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 | | | | | | | | | |
| Il sottoscritto lavoratore di questa società ed iscritto al Fondo Pensione Previdenza Cooperativa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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)¹.

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

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