

Preso visione dello Statuto e della Nota Informativa

Io sottoscritto

Cognome: _____ Nome: _____

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

Comune di nascita: _____ Prov:

Residente a:

Indirizzo: _____ CAP:

Comune: _____ Prov:

Dati del recapito (se diverso dalla residenza):

Indirizzo: _____ CAP:

Comune: _____ Prov:

Telefono: _____ Email: _____

Dati dell'attività lavorativa:

Ragione sociale azienda: _____

Codice Personale aziendale: _____

Prima occupazione: Anteriore al 29/04/1993 Successiva al 28/04/1993

Iscritto per la prima volta ad una forma pensionistica complementare: Prima del 29/04/1993 Dopo il 28/04/1993

L'eventuale posizione aperta anteriormente al 29/04/1993 è mai stata liquidata? SI NO

DICHIARO di voler aderire al FONDO PENSIONE PER I DIPENDENTI IBM mediante il versamento:

- della quota annuale del mio Trattamento di Fine Rapporto (TFR) la cui entità verrà comunicata tramite la compilazione dell'apposito modulo ministeriale (TFR 2)
- del contributo minimo previsto dalla mia retribuzione

DELEGO il mio datore di lavoro a prelevare dalla mia retribuzione e dalla quota annuale del TFR i contributi dovuti e a provvedere al relativo versamento al Fondo Pensione per i Dipendenti IBM.

Io sottoscritto, **MI IMPEGNO**, inoltre, ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione previdenziale.

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

Ho compilato il modulo scelta del comparto di investimento? SI NO
Le mie contribuzioni verranno investite nel comparto assicurativo

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso visione dell'informativa di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, pubblicata sul sito www.fondopensioneibm.it - NORMATIVA E DOCUMENTI, il/la sottoscritto/a acconsente, a norma dell'articolo 23 del decreto stesso:

- ✓ al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività previdenziale complementare;
- ✓ alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate nelle predetta normativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità indicate sulla medesima normativa od obbligatori per legge;
- ✓ alla comunicazione degli stessi dati a terzi per la fornitura di servizi amministrativi, contabili, informatici e di archiviazione;
- ✓ al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato sulla predetta normativa.

Rimane fermo che il consenso del/della sottoscritto/a è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data compilazione della domanda: / /

Firma: _____

NOTA BENE: L'INCOMPLETA COMPILAZIONE DEL PRESENTE MODULO O LA MANCANZA DELLE FIRME PREVISTE COMPORTA IL RIGETTO DELLA DOMANDA PRESENTATA.

IL PRESENTE MODULO VA INVIATO IN ORIGINALE A:

Fondo Pensione per i Dipendenti IBM – MI VIM 020 – Via Lecco, 61 – 20871 – VIMERCATE (MI)

COMUNICAZIONE DEI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE

DATI DELL'ISCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ___ / ___ / ___
Comune (st. estero) di nascita: _____ Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: ()

Il sottoscritto, DESIGNA: **EREDI LEGITTIMI**
PROPRIO BENEFICIARIO/I

DATI DEL BENEFICIARIO N° ___ ORDINE N° ___

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ___ / ___ / ___
Comune (st. estero) di nascita: _____ Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: ()
Percentuale di beneficio: _____ %

DATI DEL BENEFICIARIO N° ___ ORDINE N° ___

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ___ / ___ / ___
Comune (st. estero) di nascita: _____ Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: ()
Percentuale di beneficio: _____ %

DATI DEL BENEFICIARIO N° ___ ORDINE N° ___

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ___ / ___ / ___
Comune (st. estero) di nascita: _____ Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: ()
Percentuale di beneficio: _____ %

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Si ricorda che in forza dell'art. 14 comma 3 del d.lgs. 252/05, in caso di decesso dell'iscritto, sono da considerarsi eredi i soggetti previsti dal Codice Civile (ad esempio il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli e le sorelle, etc. del deceduto), sono da considerarsi beneficiari le persone fisiche o giuridiche designate esplicitamente dall'aderente. E' possibile indicare uno o più beneficiari della prestazione, precisando nella casella "Percentuale di beneficio" la percentuale della prestazione che si intende attribuire a ciascuno. Qualora si intendano designare diversi beneficiari tra di loro alternativi (ad es. il beneficiario n. 2 deve ricevere la prestazione solo in caso di morte del beneficiario n. 1) indicare per tutti la percentuale del 100%.

Diversamente indicare la percentuale della prestazione che si intende attribuire a ciascuno rispetto al totale della prestazione disponibile.
N.B.: la presente designazione sostituisce ogni eventuale precedente indicazione di beneficiari effettuata dall'iscritto.

Data compilazione ___ / ___ / ___

Firma _____