


DOMANDA DI ADESIONE FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

 Fondo pensione complementare a capitalizzazione
 iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n.1117

1. DATI DELL'ADERENTE PRINCIPALE

Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: / /
Comune di nascita:		Prov.: ()	
Denominazione Azienda dell'aderente: _____			
Indirizzo di residenza/domicilio: _____		Prov.: () Tel.: _____	
Comune di residenza/domicilio: _____		CAP: _____ @- mail: _____	

Dichiara di iscrivere al FPDDI, in qualità di soggetto fiscalmente a carico, il proprio:
 coniuge figlio genitore convivente altro _____ (specificare)

2. DATI DEL SOGGETTO FISCALMENTE A CARICO DELL'ADERENTE PRINCIPALE

Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: / /
Comune di nascita:		PROV.: ()	TITOLO DI STUDIO: 00 _____ (*)
Indirizzo di Residenza/domicilio: _____		PROV.: () TEL.: _____	
Comune di Residenza/domicilio:		CAP: _____ @- MAIL: _____	

Al momento dell'iscrizione l'aderente dovrà versare (a mezzo bonifico bancario IBAN: IT 43 M 05000 01600 CC0016953100 della DEPObank, con la causale: "quota di partecipazione e spese amm.ve anno 20__ per il familiare a carico "Cognome e Nome") la quota annuale di partecipazione e spese amm.ve di € 30,00 (trenta/00) per i familiari a carico di aderenti NON dirigenti e € 60,00 per aderenti Dirigenti. Per gli anni successivi la quota delle spese amm.ve sarà trattenuta direttamente sulla posizione, se capiente, dell'aderente fiscalmente a carico; in caso d'incapienza il Fondo chiederà all'aderente principale o, se maggiorenne, all'aderente fiscalmente a carico di effettuare direttamente il pagamento a mezzo bonifico bancario. I sottoscritti SI IMPEGNANO, inoltre, ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dal Regolamento del Fondo e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della posizione previdenziale costituita presso il Fondo Pensione per i Dipendenti e Dirigenti IBM. Dichiarano sotto la propria responsabilità che le informazioni fornite corrispondono al vero.

Il consenso al trattamento privacy è stato fornito in modo completo ed esplicito in un modulo allegato in coda al presente documento.

 DATA ___/___/___ **Firma dell'aderente principale:** _____

 DATA ___/___/___ **Firma del soggetto fiscalmente a carico (**):** _____

NOTA BENE: (**) in caso di soggetto fiscalmente a carico minorenni,
 la firma dovrà essere apposta dal genitore con la potestà genitoriale o,
 in assenza di questi, dal tutore legale.

(*) 1: nessuno; 2: licenza elementare; 3: licenza media inferiore; 4: diploma professionale; 5: diploma media superiore; 6: Diploma universitario/laurea triennale; 7: laurea/laurea magistrale; 8: specializzazione post-laurea

IL PRESENTE MODULO VA INVIATO VIA E-MAIL A: dipendenti@fondopensioneibm.it

(OPPURE TRAMITE POSTA INTERNA IBM: MI-SEG-100 OVVERO TRAMITE POSTA ORDINARIA A: FONDO PENSIONE PER I DIPENDENTI E DIRIGENTI IBM VIA ROMA 15 20090 SEGRATE (MI))



DOMANDA DI ADESIONE FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

Fondo pensione complementare a capitalizzazione
Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n.1117

L'ADERENTE PRINCIPALE O IL FISCALMENTE A CARICO SE MAGGIORENNE DICHIARA:

- DI AVER RICEVUTO IL DOCUMENTO "INFORMAZIONI CHIAVE PER L'ADERENTE" E IL DOCUMENTO "LA MIA PENSIONE COMPLEMENTARE" VERSIONE STANDARDIZZATA;
- DI ESSERE STATO INFORMATO DELLA POSSIBILITÀ DI RICHIEDERE LA NOTA INFORMATIVA E LO STATUTO DEL FONDO, E OGNI ALTRA DOCUMENTAZIONE ATTINENTE IL FONDO PENSIONE, COMUNQUE DISPONIBILE SUL SITO WWW.FONDOPENSIONEIBM.IT;
- DI AVER SOTTOSCRITTO LA "SCHEDE DEI COSTI" DELLA FORMA PENSIONISTICA DI APPARTENENZA, LA CUI COPIA È PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE MODULO DI ADESIONE (**PER COLORO CHE SONO GIÀ ISCRITTI AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE**);
- CHE L'INCARICATO DELLA RACCOLTA DELLE ADESIONI HA RICHIAMATO L'ATTENZIONE:
 - o CON RIFERIMENTO AI COSTI, SULL'ISC RIPIRTATO NEL DOCUMENTO "INFORMAZIONI CHIAVE PER L'ADERENTE"
 - o 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 RISPOSTA DELLE POSSIBILI SCELTE ALTERNATIVE RISPETTO AGLI OBIETTIVI DI COPERTURA PENSIONISTICA CHE SI VUOLE CONSEGUIRE
- DI AVER COMPILATO IL "QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE" E DI AVER CONSEGUITO UN **PUNTEGGIO PARI A __**, CHE RISULTA: COERENTE – NON COERENTE (**BARRARE LA CASISTICA CHE RICORRE**) CON LA SCELTA DI INVESTIMENTO EFFETTUATE;
- **DI ALLEGARE I SEGUENTI DOCUMENTI:**
 - o QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE;
 - o COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ DI ENTRAMBI;
 - o COPIA DEL CODICE FISCALE OVVERO TESSERA SANITARIA DI ENTRAMBI;
 - o COPIA SCHEDE COSTI DELLA FORMA DI APPARTENENZA (SOLO SE PROVENIENTE DA ALTRO FONDO)
 - o MODULO SCELTA COMPARTO D'INVESTIMENTO
[HTTPS://WWW.FONDOPENSIONEIBM.IT/DOCS/MOD_SCELTA_COMPARTO.PDF](https://www.fondopensioneibm.it/docs/mod_scelta_comparto.pdf)
 - o DESIGNAZIONE BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO
[HTTPS://WWW.FONDOPENSIONEIBM.IT/DOCS/BENEFICIARI.PDF](https://www.fondopensioneibm.it/docs/beneficiari.pdf)
- SONO CONSAPEVOLE CHE IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI RICHIESTI IL FONDO NON POTRÀ ACCOGLIERE LA RICHIESTA DI ADESIONE
- DI AUTORIZZARE IL FONDO A INVIARMI INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI VIA POSTA ELETTRONICA
- DI ASSUMERE OGNI RESPONSABILITÀ IN MERITO ALLA COMPLETEZZA E VERIDICITÀ DELLE INFORMAZIONI FORNITE, IVI COMPRESA LA SUSSISTENZA DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE AL FONDO E SI IMPEGNA A COMUNICARE OGNI SUCCESSIVA VARIAZIONE.

LUOGO E DATA

FIRMA ADERENTE PRINCIPALE O FISCALMENTE A CARICO SE MAGGIORENNE



DOMANDA DI ADESIONE FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO
Fondo pensione complementare a capitalizzazione
Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n.1117

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE

- Conoscenza dei fondi pensione
 - Ne so poco
 - sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare finanziario o assicurativo
 - ho una conoscenza dei diversi tipi di forme pensionistiche e delle principali tipologie di prestazioni

- Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione
 - Non ne sono al corrente
 - so che le somme versate non sono liberamente disponibili
 - so che le somme sono disponibili soltanto al momento del pensionamento ovvero del raggiungimento dell'età pensionabile o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge

- A che età prevede di andare in pensione?
 Anni

- Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)?
 Per cento

- Ha confrontato tale previsione della pensione di base con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il sito *web* ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")?
 - si
 - no

- 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?
 - si


DOMANDA DI ADESIONE FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

 Fondo pensione complementare a capitalizzazione
 iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n.1117

 no

CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

➤ CAPACITÀ DI RISPARMIO PERSONALE (ESCLUSO IL TFR)

- RISPARMIO MEDIO ANNUO FINO A 3.000 EURO (PUNTEGGIO 1)
- RISPARMIO MEDIO ANNUO OLTRE 3.000 E FINO A 5.000 EURO (PUNTEGGIO 2)
- RISPARMIO MEDIO ANNUO OLTRE 5.000 EURO (PUNTEGGIO 3)

➤ FRA QUANTI ANNI PREVEDE DI CHIEDERE LA PRESTAZIONE PENSIONISTICA COMPLEMENTARE?

- 2 ANNI (PUNTEGGIO 1)
- 5 ANNI (PUNTEGGIO 2)
- 7 ANNI (PUNTEGGIO 3)
- 10 ANNI (PUNTEGGIO 4)
- 20 ANNI (PUNTEGGIO 5)
- OLTRE 20 ANNI (PUNTEGGIO 6)

➤ IN CHE MISURA È DISPOSTO A TOLLERARE LE OSCILLAZIONI DEL VALORE DELLA SUA POSIZIONE INDIVIDUALE?

- NON SONO DISPOSTO A TOLLERARE OSCILLAZIONI DEL VALORE DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE ACCONTENTANDOMI ANCHE DI RENDIMENTI CONTENUTI (PUNTEGGIO 1)
- SONO DISPOSTO A TOLLERARE OSCILLAZIONI CONTENUTE DEL VALORE DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE, AL FINE DI CONSEGUIRE RENDIMENTI PROBABILMENTE MAGGIORI (PUNTEGGIO 2)
- SONO DISPOSTO A TOLLERARE OSCILLAZIONI ANCHE ELEVATE DEL VALORE DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE NELL'OTTICA DI PERSEGUIRE NEL TEMPO LA MASSIMIZZAZIONE DEI RENDIMENTI (PUNTEGGIO 3)

PUNTEGGIO TOTALE: _____ (INSERIRE IL PUNTEGGIO RELATIVO ALLE RISPOSTE FORNITE)

IL PUNTEGGIO OTTENUTO DALLE RISPOSTE FORNITE AL QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE COSTITUISCE UN AUSILIO NELLA SCELTA TRA 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	- Assicurativo 100	- Misto: Ass/Azion 80/20 - Misto: Ass/Azion 60/40	- Misto: Ass /Azion 40/60 - Azionario: 100

È possibile effettuare simulazioni mediante un motore di calcolo disponibile sul sito web del Fondo:

[https://www.fondopensioneibm.it/docs/MOTORE DI CALCOLO.xlsm](https://www.fondopensioneibm.it/docs/MOTORE_DI_CALCULO.xlsm)

Luogo e data

Firma Aderente Principale o fiscalmente a carico se maggiorenne



DOMANDA DI ADESIONE FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO
Fondo pensione complementare a capitalizzazione
Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n.1117

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), il Fondo Pensione per i Dipendenti e Dirigenti IBM con sede legale in via Roma 15 20090 Segrate (MI)– sito web: <https://www.fondopensioneibm.it/> (di seguito Fondo Pensione, in qualità di “Titolare del trattamento”, è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali.

Responsabile della protezione dei dati/Titolare del trattamento/Responsabile del trattamento/incaricati del trattamento

I nominativi delle persone coinvolte nel trattamento dei dati sono indicati nel documento di cui si fornisce link: https://www.fondopensioneibm.it/docs/incaricati_gdpr.pdf

Fonte dei dati personali

I dati personali in possesso del Fondo sono raccolti direttamente presso l'interessato.

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 Aderenti al Fondo Pensione, sono effettuati:

- per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio nonché delle altre prestazioni disciplinati 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. https://www.fondopensioneibm.it/docs/doc_informativa_privacy.pdf

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.

L'elenco dei predetti soggetti è consultabile nel documento pubblicato nel sito (punto 5. Pag. 2): https://www.fondopensioneibm.it/docs/doc_informativa_privacy.pdf

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.



DOMANDA DI ADESIONE FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

Fondo pensione complementare a capitalizzazione
Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n.1117

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'Aderente.

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.

I diritti sono dettagliati anche nel documento indicato in questo link: https://www.fondopensioneibm.it/docs/doc_informativa_privacy.pdf al punto 8.

L'Interessato potrà esercitare i diritti di cui al Regolamento mediante trasmissione di una comunicazione scritta secondo le modalità indicate al punto 9. di cui al link sopra riportato.

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016

Tenuto conto dell'informativa in materia di protezione dei dati personali fornitami dal Fondo Pensione

Io sottoscritto: _____, nella mia qualità di:
(apporre una crocetta nella casella pertinente)

Aderente

esercente la potestà genitoriale tutore

Di: _____ (inserire il nominativo del
minore/incapace)

dò il consenso nego il consenso

al trattamento dei dati personali anche per quelli appartenenti a particolari categorie ex art. 9, par. 1, del Regolamento, segnatamente i dati relativi alla salute trattati dal Fondo Pensione in occasione della presente richiesta di anticipazioni per spese sanitarie ovvero in caso di riscatto per invalidità.

Firma dell'Aderente o del diverso soggetto interessato (coniuge o figlio) dal trattamento di dati personali (se quest'ultimo è minore di 16 anni o incapace occorre la firma dell'esercente la potestà genitoriale ovvero del tutore)

_____ / / / _____

FIRMA

LUOGO

DATA