



Fondo Pensione Complementare a Capitalizzazione per i lavoratori dipendenti dell'industria della ceramica e di materiali refrattari

Sede legale e amministrativa:  
Via F. Cavallotti 106 - 41049 Sassuolo (MO)  
Tel: 0536 980420 - Fax: 0536 980421  
e-mail: info@foncer.it - PEC: foncer@legalmail.it  
sito Internet: www.foncer.it

# RICHIESTA PRESTAZIONE PENSIONISTICA RENDITA/CAPITALE CON PIU' DI 5 ANNI DI ISCRIZIONE AL FONDO

(da compilare a cura dell' iscritto)

### ► **DATI DELL'ADERENTE**

Cognome

Nome  Sesso  M  F

Codice fiscale  Data di nascita  -  -

Luogo di nascita  Provincia

Indirizzo di residenza  Num. Civico

Comune  CAP  Provincia

Cellulare  Prima iscrizione a Foncer (obbligatorio): ...../...../.....

### **CHIEDO L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTA**

- opzione A:  **100% RENDITA**
- opzione B:  \_\_\_\_\_ % **CAPITALE** \_\_\_\_\_ % **RENDITA** (in capitale fino al massimo del 50%)

**In caso di richiesta di prestazione in forma di rendita, sarà necessario compilare anche l'ulteriore modulistica prevista dalla compagnia di assicurazione interessata, che sarà inviata a cura del Fondo. All'interno di tale modulistica si indicheranno la tipologia, la periodicità, il tasso tecnico e gli eventuali reversionari della rendita.**

Il sottoscritto dichiara che le informazioni riportare nel presente modulo sono esatte e complete e si impegna a comunicare tempestivamente al fondo Foncer qualunque variazione relativa all'indirizzo, alla residenza o alle coordinate bancarie o postali.

### ► **ACCREDITO** (solo per l'opzione B)

**IBAN**

Intestato a .....  
Nome e Cognome (in stampatello, leggibile)

**ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' E DEL CODICE FISCALE DELL'ISCRITTO**

**ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' E DEL CODICE FISCALE DEL REVERSIONARIO O BENEFICIARIO DESIGNATO**

Data  -  -

Firma dell' aderente .....

**MODULO DI APERTURA DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA PER OGNI SINGOLO BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA IN FORMA DI RENDITA**

**CONTRAENTE**

<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>Codice Fiscale</b>	
<b>INDIRIZZO</b>	<b>Prov.</b>	<b>n° civico</b>
<b>LOCALITA'</b>	<b>Prov.</b>	<b>Cap.</b>
<b>REFERENTE</b>	<b>Tel.</b>	
<b>Data decorrenza rendita **</b>	<b>e-mail</b>	

**DATI PERSONALI DELL' ASSICURATO**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Sesso M</b> <input type="checkbox"/> <b>F</b> <input type="checkbox"/>
<b>Nato a</b>	<b>Prov.</b>	il __ / __ / ____
<b>Residente a</b>	<b>Prov.</b>	<b>Cap.</b>
<b>Via</b>	<b>Tel.</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	<b>e-mail</b>	

**Documento di riconoscimento:**

carta d'identità ,  patente ,  passaporto,  porto d'armi ,  tessera ministeriale,

n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ luogo e data \_\_\_\_\_

In relazione alla scelta effettuata di :  % RENDITA,

**L'ASSICURATO RICHIEDE :**

(In caso di scelta totale o parziale della prestazione in rendita barrare la RENDITA VITALIZIA RIVALUTABILE scelta )

1 <input type="checkbox"/> RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico ,
2 <input type="checkbox"/> RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico certa *per 5 anni e successivamente vitalizia * (vedi beneficiari designati)
3 <input type="checkbox"/> RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico certa *per 10 anni e successivamente vitalizia *( vedi beneficiari designati)
4 <input type="checkbox"/> RENDITA vitalizia immediata reversibile a premio unico con uno o piu' reversionari , con la facoltà dell'aderente di optare per una percentuale di reversibilità compresa tra il <input type="text"/> % (tra 50 e 100%) reversibilità fino a 26 anni <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO *( vedi reversionario/i designato/i)
5 <input type="checkbox"/> RENDITA vitalizia immediata rivalutabile a premio unico con controassicurazione in caso di decesso dell'assicurato * (vedi beneficiari designati)

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel +39 051 5077111 - fax +39 051 375349  
 Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 100006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046  
 www.unipolsai.com

**PERIODICITA' DELLA RENDITA**

1  annuale, 2  semestrale, 3  quadrimestrale, 4  trimestrale, 5  bimestrale, 6  mensile

**SCELTA TASSO TECNICO**

0%       1%       2%       2,5%  ,

**MODALITA' DI PAGAMENTO RATE DI RENDITA**

**COORDINATE BANCARIE**

Accredito sul c/c \_\_\_\_\_ presso Banca \_\_\_\_\_ contraddistinto dalle seguenti coordinate IBAN :

codice IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

**\* DATI PERSONALI DEL BENEFICIARIO O REVERSIONARIO**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Sesso</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>Nato a</b>	<b>Prov.</b>	il ___ / ___ / ____
<b>Residente a</b>	<b>Prov.</b>	<b>Cap.</b>
<b>Via</b>	<b>Tel.</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	<b>e-mail<sup>1</sup></b>	
<b>Documento di riconoscimento:</b>		
<input type="checkbox"/> carta d'identità , <input type="checkbox"/> patente , <input type="checkbox"/> passaporto, <input type="checkbox"/> porto d'armi , <input type="checkbox"/> tessera ministeriale,		
n° _____ rilasciato da _____ luogo e data _____		

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349  
 Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna C.F. e P.IVA 00818570012 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1 00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046  
 www.unipolsai.com



**COORDINATE BANCARIE**

Accredito sul c/c \_\_\_\_\_ presso Banca \_\_\_\_\_ -Agenzia \_\_\_\_\_ contraddistinto dalle seguenti coordinate IBAN :  
codice IBAN \_\_\_\_\_  
Intestato a : \_\_\_\_\_

**NOTE**

Il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 e successive modificazioni sotto la propria esclusiva responsabilità e' consapevole, 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 CUD, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo /Compagnia in convenzione, unitamente alle comunicazioni e ai conteggi di liquidazione della prestazione previdenziale.

Firma dell'assicurato ..... data.....

Firma del responsabile del Fondo Pensione ..... data.....

**\*ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

- ✓ **\*REVERSIONARI** : in caso di scelta della rendita REVERSIBILE indicare i dati della persona destinatario della rendita reversibile (i reversionari indicati all'atto della presente richiesta non sono successivamente modificabili).
- ✓ **\*BENEFICIARI**: in caso di scelta delle rendite certa 5 o certa 10 anni indicare i dati della persona destinataria della rendita per il periodo residuo , in caso di morte dell' percettore prima dei 5 o 10 anni . Il beneficiario puo' essere modificato in qualsiasi momento e l'ultima designazione sostituisce tutte le precedenti.
- ✓ In caso di rendita vitalizia immediata rivalutabile a premio unico con controassicurazione in caso di decesso dell'assicurato, Il beneficiario puo' essere modificato in qualsiasi momento e l'ultima designazione sostituisce tutte le precedenti.
- ✓ **\*Qualora i beneficiari/reversionari fossero piu' di uno (compilare un modulo per ogni beneficiario) , in assenza di quota in percentuale si ripartirà in parti uguali.**
- ✓ **Allegare copia del documento d'identità e codice fiscale, del percettore , del beneficiario o del reversionario.**
- ✓ **\*\*Data decorrenza rendita è la data in cui è stata richiesta al Fondo l'attivazione di rendita per la determinazione della data effetto erogazione ( vedi art.5 pagamento rendita in convenzione).**
- ✓ **Compilare e firmare il modulo in allegato per il trattamento dei dati (privacy).**

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel +39 051 5077111 - fax +39 051 375349  
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046  
www.unipolsai.com

**ALLEGATO**

Oggetto: Attivazione rendita vitalizia in convenzione con UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SpA.

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Nato il: \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_**INFORMATIVA PER FINALITÀ LIQUIDATIVE SU FORME DI PREVIDENZA**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (in seguito denominato Codice), e in relazione ai dati personali che Lei ci fornisce, La informiamo di quanto segue.

- 1) Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali comuni da Lei forniti ha unicamente lo scopo di consentire alla nostra Società di effettuare pagamenti conseguenti a contratti su fondi pensione. In particolare, il trattamento è relativo alla gestione amministrativa dei dati, comprese le rilevazioni e le registrazioni contabili, nonché all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie, ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da Organi di vigilanza e controllo.
- 2) I dati sono trattati dalla nostra Società, UNIPOLSAI S.p.A., con sede in Bologna Via Stalingrado, 45, Titolare del trattamento, solo con le modalità e procedure, anche informatiche, necessarie per la finalità indicata e sempre in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati personali.
- 3) I dati personali non saranno trasferiti all'estero o diffusi, se non in adempimento di obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria, ovvero in base a disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da Organi di vigilanza o controllo. Potranno essere comunicati ad altri soggetti (banche ed istituti di credito), che operano come autonomi titolari, per l'effettuazione delle operazioni di pagamento. Potranno inoltre essere comunicati ad ANIA ed alle imprese assicuratrici per finalità di tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi.
- 4) Il conferimento da parte Sua dei dati personali è necessario per effettuare pagamenti conseguenti a contratti su fondi pensione. In caso di Suo rifiuto potremmo non essere in grado di disporre il pagamento.
- 5) La normativa sulla privacy (artt. 7-10 del D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso in cui i dati siano trattati in violazione di legge, a chiederne la cancellazione.

Titolare del trattamento è UNIPOLSAI S.p.A. ([www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it)) e UNIPOL Gruppo Finanziario S.p.A. ([www.unipolgf.it](http://www.unipolgf.it)) entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (BO) [www.unipol.it](http://www.unipol.it)

Il Responsabile per il riscontro agli interessati è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso UNIPOLSAI S.p.A. e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. - Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (BO); e-mail: [privacy@unipolsai.it](mailto:privacy@unipolsai.it).

Per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco di coloro che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili potrà consultare il sito [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it) o rivolgersi al suddetto Responsabile per il riscontro.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI**

***Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto da UNIPOLSAI s.p.a. l'informativa privacy, sopra descritta, prevista dall' art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 196/2003) anche in nome e per conto degli altri interessati, di impegnarsi a consegnarne loro una copia e di acconsentire al trattamento nei limiti e per le finalità indicate nell'informativa.***

Data

Firma del Dichiarante

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 507711 - fax +39 051 375349  
Capitale Sociale: Euro 19.775.337.951,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I art. 100006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046.  
[www.unipolsai.com](http://www.unipolsai.com)