

Raccomandata a/r

Spett.le
PROMETHEIA
Fondo Pensione Complementare
Via di San Basilio, 41
00187 ROMA

MODULO DI DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI (1)

(La presente designazione sostituisce le eventuali precedenti indicazioni di beneficiari)

Il/La Sottoscritto/a

| | | | | |
|---|-------------------|--------------------|-------------------|--------|
| Cognome: | Nome: | Codice Fiscale: | | |
| Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Data di nascita: | Comune di nascita: | Provincia: | Stato: |
| Tipo documento: | Numero documento: | Ente di rilascio: | Data di rilascio: | |
| Residenza: | Comune: | Provincia: | Cap: | |
| e-mail: | Telefono: | Cellulare: | | |

DESIGNA

ai sensi dell'art. 14, comma 3, del D.Lgs. 252/2005, in caso di premorienza, quali beneficiari della posizione maturata presso il Fondo Pensione Complementare Prométhéia

| | | | | |
|---|-------------------|------------------------|-------------------|--------|
| 1) Cognome: | Nome: | Codice Fiscale: | | |
| Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Data di nascita: | Comune di nascita: | Provincia: | Stato: |
| Tipo documento: | Numero documento: | Ente di rilascio: | Data di rilascio: | |
| Residenza: | Comune: | Provincia: | Cap: | |
| e-mail: | Telefono: | QUOTA % : | | |
| Il beneficiario è Persona Politicamente Esposta* (P.E.P.): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - Se SI: Indicare carica ricoperta _____ | | | | |
| 2) Cognome: | Nome: | Codice Fiscale: | | |
| Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Data di nascita: | Comune di nascita: | Provincia: | Stato: |
| Tipo documento: | Numero documento: | Ente di rilascio: | Data di rilascio: | |
| Residenza: | Comune: | Provincia: | Cap: | |
| e-mail: | Telefono: | QUOTA % : | | |
| Il beneficiario è Persona Politicamente Esposta* (P.E.P.): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - Se SI: Indicare carica ricoperta _____ | | | | |
| 3) Cognome: | Nome: | Codice Fiscale: | | |
| Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Data di nascita: | Comune di nascita: | Provincia: | Stato: |
| Tipo documento: | Numero documento: | Ente di rilascio: | Data di rilascio: | |
| Residenza: | Comune: | Provincia: | Cap: | |
| e-mail: | Telefono: | QUOTA % : | | |

| | | | | |
|---|-------------------|-------------------|--------------------|------------------------|
| Il beneficiario è Persona Politicamente Esposta* (P.E.P.): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - Se SI: Indicare carica ricoperta _____ | | | | |
| 4) Cognome: | | Nome: | | Codice Fiscale: |
| Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Data di nascita: | Comune di nascita: | Provincia: Stato: |
| Tipo documento: | Numero documento: | Ente di rilascio: | | Data di rilascio: |
| Residenza: | | Comune: | | Provincia: Cap: |
| e-mail: | | Telefono: | | QUOTA % : |
| Il beneficiario è Persona Politicamente Esposta* (P.E.P.): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - Se SI: Indicare carica ricoperta _____ | | | | |

Barrare le righe non utilizzate.

Luogo Data/...../..... Firma dell'iscritto

Documenti da allegare:

- copia di un documento di identità valido dell'iscritto;
- Informativa ex artt. 13-14 GDPR UE/2016/679 sottoscritta da ogni beneficiario designato o dell'esercente la potestà genitoriale.9

(1) Note:

- L'art. 14, comma 3 del Dlgs 252/2005 recita che: "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. In mancanza di tali soggetti (...)".
- Il modulo è stato redatto con riferimento al documento approvato dalla Covip il 15.07.2018 "Orientamenti interpretativi in merito all'art.14 comma 3 del Decreto Legislativo n. 252/2005 – Riscatto della posizione in caso di decesso dell'iscritto".

INFORMATIVA EX ARTT. 13-14, GDPR 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), Prométhéia Fondo Pensione Complementare con sede legale in Via di San Basilio, 41 00187 Roma informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali.

Fonte 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.

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:

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

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 Roma situata in Via di San Basilio, 41 00187 Roma.

Preso visione e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016

Data

Firma Beneficiario designato o dell'esercente la potestà genitoriale

Con riferimento ai dati personali appartenenti a particolari categorie ex art. 9, par. 1, del Regolamento, segnatamente i dati relativi alla salute trattati dal Fondo Pensione in concomitanza delle eventuali richieste di anticipazione per spese sanitarie o di riscatto per invalidità,

dò il consenso

nego il consenso

Data

Firma Beneficiario designato o dell'esercente la potestà genitoriale