ALIFOND
ALIMENTA IL TUO DOMANI

RICHIESTA EROGAZIONE PRESTAZIONE PENSIONISTICA

N.B. ALLEGARE SEMPRE COPIA DOCUMENTO IDENTITA'

VIALE PASTEUR, 66 - 00144 ROMA

Invio: e mail assistenza.liquidazioni@alifond.it posta certificata alifond@pec.it

MOD. EPP 10-26

1. IL SOTTOSCRITTO

Cognome: Nome:

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

Comune di nascita: Provincia: Telefono:

Indirizzo di residenza: CAP:

Comune di residenza: Provincia: ( )

Email

presa visione del Documento sulle rendite vitalizie, del Documento sulle altre prestazioni pensionistiche, degli allegati e delle indicazioni contenute nel modulo stesso

2. CHIEDE L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA *Barrare una delle seguenti alternative*

*Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, con **almeno 5 anni di partecipazione** alle Forme Pensionistiche Complementari.*

Se il periodo di iscrizione è inferiore si può attendere di raggiungere i 5 anni di partecipazione al Fondo oppure richiedere il riscatto utilizzando il Modulo di Richiesta Riscatto U10.

*A tal fine, il sottoscritto dichiara di avere raggiunto **il pensionamento**, (ovvero di aver raggiunto i requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatori di appartenenza)*

A) ☐ 100% capitale

Possono optare per l'erogazione dell'intera prestazione pensionistica in capitale:

- *i "vecchi iscritti" (iscritti ad una forma pensionistica complementare prima del 29/04/1993);*
- *i "nuovi iscritti" (iscritti ad una forma pensionistica complementare dopo il 28/04/1993), qualora l'importo che si ottiene convertendo in rendita vitalizia immediata annua senza reversibilità a favore dell'aderente il 70% della posizione individuale maturata risulti inferiore al 50% dell'assegno sociale. E' possibile contattare il Fondo, prima dell'invio della richiesta, per la verifica della posizione.*

Fuori da questi casi, le prestazioni possono essere erogate in **capitale fino ad un massimo del 50%**; la parte residua deve essere erogata in rendita vitalizia o in altra prestazione alternativa.

***Nota Bene**: Per i "vecchi iscritti" (iscritti alle Forme Pensionistiche Complementari prima del 29/04/1993) che OPTINO per l'erogazione 100% capitale verrà automaticamente applicato il regime introdotto dal D.Lgs. 252/2005. Per i "nuovi iscritti" (iscritti dopo il 28/04/1993) NON è invece prevista la possibilità di optare per diversi regimi fiscali. Il Fondo informerà preventivamente l'iscritto qualora parte della prestazione debba essere erogata sotto forma di rendita, in caso contrario procederà direttamente con l'erogazione al 100% in forma capitale.*

B) ☐ 100% rendita vitalizia*/altra prestazione alternativa**

C) ☐ 50% capitale - 50% rendita vitalizia*/altra prestazione alternativa**

D) ☐ capitale (max 50%) ..... % - rendita vitalizia*/altra prestazione alternativa ..... %**

* Nel caso di richiesta di erogazione totale o parziale di una rendita vitalizia, occorre compilare l'ALLEGATO 1 (modulo UNIPOL)

** Nel caso di richiesta di erogazione totale o parziale di altra prestazione alternativa (Rendita a durata definita, Prelievi liberamente determinabili o Erogazione frazionata), occorre compilare l'ALLEGATO 2 (modulo Prestazione pensionistica alternativa alla rendita vitalizia)

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

Data 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari:

Contributi non dedotti non ancora comunicati *: € ( )

** entro il 31/12 dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla normativa. Qualora l'aderente maturi il diritto alla prestazione prima del 31/12, la comunicazione deve essere resa contestualmente alla presente richiesta, indicando l'ammontare dei contributi non dedotti versati al Fondo nell'ultimo anno e/o frazione di anno che non siano già stati comunicati in precedenza.*

4. COORDINATE BANCARIE **N.B. in assenza di tali dati, il pagamento sara' effettuato a mezzo assegno circolare, previo invio al fondo di apposita liberatoria da parte dell'aderente**.

CODICE IBAN COMPILARE INTEGRALMENTE:

IT / ☐☐/☐/☐☐☐☐☐/☐☐☐☐☐/☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Banca e Filiale:_____ Intestato a:_____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA, AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E SOTTO LA PROPRIA ESCLUSIVA RESPONSABILITÀ, DI ESSERE IN POSSESSO DI TUTTI I REQUISITI RICHIESTI DALLA NORMATIVA VIGENTE PER L'ESERCIZIO DELL'OPZIONE PRESCELTA.

E' CONSAPEVOLE, ALTRESÌ, 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 DI RICEVERE ALL'INDIRIZZO DI RESIDENZA INDICATO IL PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE DELLA POSIZIONE PREVIDENZIALE E SI IMPEGNA A RICHIEDERNE COPIA IN CASO DI MANCATA RICEZIONE DELLO STESSO ENTRO UN MESE DALLA DATA DI ACCREDITO DELL'IMPORTO EROGATO (IN CASO DI PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO) O DI RICEZIONE DELL'ASSEGNO. ACCETTA, INOLTRE, DI RICEVERE IL MODELLO CU, SEMPRE PER POSTA ORDINARIA, ENTRO I TERMINI DI LEGGE, OSSIA ENTRO IL 28/02 DELL'ANNO SUCCESSIVO A QUELLO DI EROGAZIONE E SI IMPEGNA, IN CASO DI MANCATA RICEZIONE A RICHIEDERNE COPIA ENTRO E NON OLTRE IL 31/03.

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA ALTRESI' L'UTILIZZO DEI PROPRI DATI, COME DA INFORMATIVA EX ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 679 DEL 2016 IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI - UTILIZZO DEL SERVIZIO DI VERIFICA DI CONGRUITA' DEL CODICE IBAN, DISPONIBILE SUL SITO DI ALIFOND.

Data Compilazione: **Firma:** _____

5. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA (compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

DENOMINAZIONE AZIENDA:_____ Codice Azienda:_____

Data cessazione attività lavorativa: Aliquota TFR (solo "vecchi iscritti"):_____ %

*Quota esente fino al 31/12/2000: €_____

**Abbattimento base imponibile applicato dall'azienda dal 01/01/2000 al 31/12/2000 (solo nuovi iscritti): €_____

Residuo abbattimento da applicare (solo nuovi iscritti): €_____

***Importo ultimo contributo dovuto al Fondo Pensione: €_____ Data ultimo versamento:

Timbro e firma del datore di lavoro: _____

*E' l'ammontare totale dei contributi versati al Fondo dall'aderente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. Qualora l'importo della quota esente fosse uguale ai contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000 indicare 100%. Qualora la quota esente non venga comunicata, il Fondo considererà esenti tutti i contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000.

** SU QUANTO MATURATO ENTRO IL 31/12/2000 SI DETERMINA NELLA MISURA DI € 309,87 (VECCHIE L. 600.000) PER ANNO DI CONTRIBUZIONE RAPPORTATE ALLA PERMANENZA NEL FONDO ED ALLA PERCENTUALE DI TFR VERSATO. DA INDICARE ESCLUSIVAMENTE PER I "NUOVI ISCRITTI". *L'abbattimento/riduzione va ripartito, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il Fondo Pensione, e la coerenza tra l'abbattimento applicato dall'azienda con quello applicato dal Fondo (su segnalazione dell'azienda) è verificata dall'Agenzia delle Entrate sulle rispettive dichiarazioni 770. La comunicazione da parte del datore di lavoro del relativo importo è necessaria per consentire al Fondo Pensione il calcolo corretto della base imponibile: qualora non venga comunicato, il Fondo Pensione non riconoscerà alcun abbattimento all'aderente.*

*** E' importante segnalare l'importo dell'ultimo versamento (inteso come somma dei contributi azienda, dipendente e TFR) dovuto al Fondo Pensione e la relativa data in cui è stato/sarà versato.

NOTA BENE:

1) L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata. In sostituzione della compilazione della sezione 5 a carico azienda, occorre allegare un documento Inps che attesti la data di decorrenza del pensionamento.

2) In caso fosse attiva una cessione del quinto o delega di pagamento con una società finanziaria, occorrerà allegare alla richiesta di liquidazione l'apposita liberatoria che confermi l'estinzione del debito; in caso contrario, se non estinguerà il debito l'azienda di appartenenza, sarà il Fondo ad intervenire erogando 1/5 dell'importo richiesto alla finanziaria stessa.

3) Per la parte in capitale, il Fondo provvede agli adempimenti conseguenti all'esercizio delle predette facoltà da parte dell'aderente entro il termine massimo di sei mesi dalla ricezione della richiesta completa.

4) In caso di richiesta totale o parziale di rendita vitalizia deve essere anche compilato e sottoscritto l'ALLEGATO 1 al presente modulo

5) In caso di richiesta totale o parziale di prestazione alternativa alla rendita vitalizia deve essere anche compilato l'ALLEGATO 2 al presente modulo

6) Allegare sempre copia di un documento d'identità in corso di validità

SCHEMA RIEPILOGATIVO DELLA TASSAZIONE DELLE PRESTAZIONI PENSIONISTICHE			
	Montante maturato al 31/12/2000	**Montante maturato dal 01/01/2001 al 31/12/2006**	**Montante maturato dal 01/01/2007**
In forma di rendita vitalizia	Tassazione ordinaria sull'87,5% dell'imponibile	Tassazione ordinaria	Aliquota dal 15% fino al 9% (aliquota del 26% su rivalutazione della rendita)
In forma di capitale/rendita a durata definita/prelievi liberamente determinabili	Tassazione separata (rendimenti assicurativi o finanziari dei vecchi iscritti tassati al 12,50%)	Tassazione separata	Aliquota dal 15% fino al 9%
Erogazione frazionata	Tassazione separata (rendimenti assicurativi o finanziari dei vecchi iscritti tassati al 12,50%)	Tassazione separata	Aliquota dal 20% fino al 15%
Prestazione pensionistica tutta in capitale con opzione "vecchio" iscritto	Tassazione separata (rendimenti assicurativi o finanziari tassati al 12,50%)	Tassazione separata con doppia imposizione dei rendimenti già tassati in capo al Fondo Pensione	Tassazione separata con doppia imposizione dei rendimenti già tassati in capo al Fondo Pensione

ALLEGATO 1

RICHIESTA DI APERTURA DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA PER PRESTAZIONE PENSIONISTICA IN FORMA DI RENDITA VITALIZIA

Contraente

Denominazione (nome Fondo Pensione) | Conv. vita n. | Codice Fiscale

Indirizzo

CAP | Località | Provincia

Referente | Indirizzo e-mail

Assicurato

Cognome | Nome | Sesso ☐ M ☐ F | Data di nascita

Luogo di nascita | Provincia | Codice Fiscale

Indirizzo di residenza

CAP | Località | Provincia

Recapito telefonico | Indirizzo e-mail

Documento di riconoscimento | Rilasciato da | il

Domicilio (se diverso dall'indirizzo di residenza)

Indirizzo

CAP | Località | Provincia

L'ASSICURATO CHIEDE

la liquidazione in forma di rendita nella misura del _____**%** della prestazione maturata.

Tipologia di rendita immediata posticipata rivalutabile scelta:
(età assicurativa dell'assicurato compresa tra i 50 e gli 80 anni)

☐ A) Vitalizia

☐ B) Vitalizia con 5 annualità certe

☐ C) Vitalizia con 10 annualità certe

☐ D) Vitalizia Reversibile nella misura del ☐ 60%, ☐70%, ☐80%, ☐100%:
(età assicurativa del reversionario compresa tra i 40 e gli 80 anni)

☐ E) Vitalizia con controassicurazione in caso di decesso dell'Assicurato

☐ F) Vitalizia con raddoppio in caso di insorgenza di Non Autosufficienza [1]
(**Qualora si opti per questa tipologia si ricorda di compilare il questionario sanitario previsto**).

Frequenza di erogazione: ☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Trimestrale ☐ Bimestrale ☐ Mensile

[1] L'Opzione F prevede esclusivamente la rateazione Mensile, può essere richiesta solo qualora l'età assicurativa non superi i 70 anni ed è condizionata alla preventiva accettazione del rischio da parte della Società.

N.B.: l'erogazione della rendita è subordinata all'invio annuale del certificato di esistenza in vita dell'avente diritto; a tal fine la Società invierà apposita richiesta nella quale saranno riportate tutte le informazioni utili.

L'ASSICURATO RICHIEDE CHE IL PAGAMENTO SIA EFFETTUATO

con Bonifico Bancario sul c/c di seguito specificato:

IBAN (intestato o cointestato all'Assicurato)

Intestato a _____

Banca _____ filiale di _____

Il sottoscritto designa, in ragione della prestazione pensionistica in forma di rendita prescelta, il beneficiario della prestazione in caso di premorienza dell'assicurato, di cui al punto B) o C) in corso di pagamento delle annualità certe, il reversionario della prestazione di cui al punto D) o il beneficiario dell'eventuale capitale residuo al momento del decesso di cui al punto E), nella persona di:

Cognome	Nome	Sesso □ M □ F	Data di nascita

Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale

Indirizzo di residenza

CAP	Località	Provincia

Recapito telefonico	Indirizzo e-mail

Documento di riconoscimento	Rilasciato da	i

Si ricorda che nel caso delle opzioni B), C) ed E) il beneficiario delle prestazioni di caso di decesso dell'Assicurato che avvenga rispettivamente entro 5, 10 anni o in qualsiasi momento, può essere sempre modificato e l'ultima designazione sostituisce tutte le precedenti. Nel caso dell'opzione D) il reversionario indicato con la presente richiesta non è successivamente modificabile.

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

Da allegare la seguente documentazione per l'Assicurato e il Beneficiario/Reversionario (ove previsto):

- fotocopia di un documento d'identità valido;
- fotocopia del codice fiscale;
- questionario sanitario dell'Assicurato (solo in caso di esercizio dell'opzione F).

Luogo e data _____ Firma Assicurato _____

Luogo e data _____ Firma Responsabile Fondo Pensione _____

UnipolSai ASSICURAZIONI

CONVENZIONE VITA N. _____

Contraente

Denominazione | Codice Fiscale

QUESTIONARIO SANITARIO *(da compilarsi integralmente a carico del sottoscrittore)*

Io sottoscritto _____ Nato il _____

a _____ Prov _____ Codice Fiscale _____

ai fini dell'efficacia della garanzia fornisco le risposte al seguente questionario.

Avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario:

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni e richieste per l'inserimento in assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;

b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;

c) l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

		SI	NO	Tipo esame, patologia, descrizione, anno ed esito
1)	Negli ultimi 3 anni ha effettuato esami ematochimici? Se SI quali sono risultati con valori fuori della norma? (ne indichi il valore)	☐	☐	
2)	Negli ultimi 5 anni ha effettuato accertamenti di diagnostica strumentale o per immagini? Se SI quali e con quale esito?	☐	☐	
3)	Ha sofferto o soffre di malattie (oppure è stato ricoverato in Case di Cura, Ospedali etc., per una delle seguenti malattie):	☐	☐	
	a. dell'apparato respiratorio?	O	O	
	b. dell'apparato cardio - circolatorio?	O	O	
	c. neurologiche e psichiatriche?	O	O	
	d. endocrine e metaboliche?	O	O	
	e. dell'apparato uro - genitale?	O	O	
	f. dell'apparato digerente?	O	O	
	g. tumori?	O	O	
	h. altro	O	O	
4)	Fa uso abituale di (se SI indichi la quantità media giornaliera):	O	O	
	a. tabacco?	O	O	
	b. alcool?	O	O	
	c. stupefacenti / allucinogeni?	O	O	
5)	Gode di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?	O	O	
6)	Necessita di apparecchiature o dell'aiuto o della presenza di un'altra persona per lo svolgimento di attività della vita quotidiana quale vestirsi e svestirsi, lavarsi, cucinare, mangiare, andare alla toilette, entrare ed uscire dal letto, gestire le funzioni della vescica?	☐	☐	
7)	Misure somatiche			Altezza: cm_____ peso Kg._____

Ha un medico curante abituale e/o di famiglia? (specificare Nome, Cognome e recapito) _____

CONVENZIONE VITA N. _____

Consenso al trattamento dei dati personali, appartenenti a categorie particolari, per finalità assicurative

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa.

Firma dell'Assicurando

_____

Dichiarazioni dell'Assicurando

Il sottoscritto

- dichiara ad ogni effetto di legge che le indicazioni fornite nel presente questionario, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, esatte e complete e che non ha taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande riportate all'interno dello stesso, assumendo ogni responsabilità delle risposte stesse anche se scritte da altri;
- dichiara di essere a conoscenza, anche con riferimento a quanto disposto dall'Art. 1919 del C.C. che il presente questionario deve servire esclusivamente per la sua ammissione alla polizza vita collettiva stipulata dalla Contraente con UnipolSai Assicurazioni S.p.A.;
- proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsente che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone ed Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto.

Firma dell'Assicurando

_____ _____

Luogo e data

Informativa all'interessato sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Ai sensi dell' Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), e in relazione ai dati personali che Lei ci fornisce, La informiamo di quanto segue.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, estremi documento di riconoscimento e riferimenti bancari,) che Lei stesso od altri soggetti[1] ci fornite; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali[2] (idonei, ad esempio, a rivelare il Suo stato di salute), qualora siano indispensabili per consentire alla nostra Società di procedere alla liquidazione della polizza Vita di cui Lei è Contraente o Beneficiario.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per la gestione ed esecuzione di quanto sopra[3]; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza [4]. In assenza di tali dati non saremmo in grado di procedere alla liquidazione come da Sua richiesta.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività liquidativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo[5]. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività. I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano[6] o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa[4].

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto se necessari per poter procedere alla liquidazione e dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso[7].

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto[8].

I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it.) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@unipolsai.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (6). Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi al Garante Privacy, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali, che possono essere trattati, senza il consenso dell'interessato, per le finalità e nel rispetto delle disposizioni legge e/o dell'autorizzazione generale n. 7 del Garante.
3) Ad esempio, per la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.
4) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati..
5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., per la liquidazione delle competenze, Linear S.p.A., Unisalute S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni , si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.
6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti , in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; ; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari; periti; legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.
7) Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UnipolSai, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UnipolSai, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UnipolSai e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).
8) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

ALIFOND
ALIMENTA IL TUO DOMANI

ALLEGATO 2

PRESTAZIONE PENSIONISTICA ALTERNATIVA ALLA RENDITA VITALIZIA

DA COMPILARE, CON RIFERIMENTO ALLA QUOTA PARTE DI POSIZIONE PREVIDENZIALE NON DESTINATA ALL'EROGAZIONE IN CAPITALE NEL CASO DI RICHIESTA DI PRESTAZIONE PENSIONISTICA AI SENSI DELL'ART. 11 COMMA 3 -BIS, 3-QUATER, 3-QUINQUIES DEL D.LGS. 252/2005

PERIODO TRANSITORIO: LE RICHIESTE DEGLI ISCRITTI DI ACCEDERE ALLE PRESTAZIONI PENSIONISTICHE ALTERNATIVE ALLA RENDITA SONO ACQUISITE, FINO AL 31/12/2026, A TITOLO DI "PRENOTAZIONE". DURANTE TALE PERIODO, LA RICHIESTA VERRÀ ACQUISITA MA LA LIQUIDAZIONE SARÀ EFFETTUATA SOLO SUCCESSIVAMENTE ALL'ADEGUAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI E DELLE PROCEDURE OPERATIVE. DI TALE ADEGUAMENTO VERRÀ DATA APPOSITA COMUNICAZIONE AGLI ADERENTI.

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DELLA PRESTAZIONE (compilazione a cura dell'aderente)

A ☐ — RENDITA A DURATA DEFINITA

Prestazione in rendita erogata per un numero di anni pari alla vita attesa residua, con rata annuale determinata rapportando il montante accumulato alla data di erogazione di ciascuna rata annuale al predetto numero di anni residui.

FREQUENZA DI EROGAZIONE (indicare un'unica opzione)	☐ TRIMESTRALE ☐ SEMESTRALE ☐ ANNUALE
COMPARTO PER LA FASE DI EROGAZIONE (indicare un'unica opzione. In assenza di scelta il comparto di destinazione è il Garantito)	☐ COMPARTO ATTUALE ☐ COMPARTO GARANTITO ☐ COMPARTO BILANCIATO ☐ COMPARTO DINAMICO
DURATA	PARI ALL'ASPETTATIVA DI VITA PREVISTA DA ISTAT

B ☐ — PRELIEVI LIBERAMENTE DETERMINABILI

Prestazione costituita da prelievi che possono essere, tempo per tempo, richiesti nel limite della somma delle rate maturate e non riscosse della rendita a durata definita.

Il primo prelievo (nel limite della prima rata di rendita figurativa) può essere richiesto contestualmente alla presentazione della richiesta di attivazione della facoltà di prelevare.

NB: Ammesso un prelievo ogni 12 mesi, importo minimo € 3.000

COMPARTO PER LA FASE DI EROGAZIONE (indicare un'unica opzione. In assenza di scelta il comparto di destinazione è il Garantito)	☐ COMPARTO ATTUALE ☐ COMPARTO GARANTITO ☐ COMPARTO BILANCIATO ☐ COMPARTO DINAMICO
PRELIEVO CONTESTUALE ALLA RICHIESTA (indicare un'unica opzione)	☐ IMPORTO PRELIEVO euro _____ ☐ MASSIMO PRELEVABILE ☐ CHIEDO DI PRELEVARE SUCCESSIVAMENTE

C ☐ — EROGAZIONE FRAZIONATA

Prestazione che permette di ricevere il montante accumulato in rate periodiche nell'arco di un periodo di tempo predeterminato dal beneficiario: non inferiore a 5 anni (durata minima prevista dalla legge) e non superiore a 10 anni.

FREQUENZA DI EROGAZIONE (indicare un'unica opzione)	☐ TRIMESTRALE ☐ SEMESTRALE ☐ ANNUALE
COMPARTO PER LA FASE DI EROGAZIONE (indicare un'unica opzione. In assenza di scelta il comparto di destinazione è il Garantito)	☐ COMPARTO ATTUALE ☐ COMPARTO GARANTITO ☐ COMPARTO BILANCIATO ☐ COMPARTO DINAMICO
DURATA	☐ 5 ANNI ☐ ___ ANNI (min 6 max 15)

3. DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

Il/La sottoscritto/a dichiara di:

- ***aver preso visione del supplemento alla Nota informativa dedicato alle nuove tipologie di prestazioni pensionistiche e del Documento sulle rendite, aggiornati con le caratteristiche delle prestazioni di cui all'art. 11, co. 3-bis, D. Lgs. 252/2005;***
- ***essere consapevole che l'importo delle rate/prelievi varia in funzione dei risultati finanziari della gestione (rischio di investimento);***
- ***essere consapevole del rischio di longevità, ossia che la durata della vita possa risultare superiore alla speranza di vita, con conseguente esaurimento del capitale disponibile (per la rendita a durata definita e i prelievi liberamente determinabili);***
- ***essere consapevole che la scelta della tipologia di prestazione è irrevocabile, salvo conversione successiva in rendita vitalizia immediata;***
- ***essere consapevole che dalla data di esercizio dell'opzione non è più possibile effettuare trasferimenti, anticipazioni o accedere alla R.I.T.A., né proseguire la contribuzione salvo i casi previsti dalla normativa;***
- ***essere consapevole dell'obbligo di allegare il modulo sulla designazione dei soggetti legittimati al riscatto del montante residuo in caso di decesso.***

Data Compilazione: ..... /..... /..... **Firma:** _____

NOTA BENE: ALLEGARE MODULO DESIGNAZIONE SOGGETTI PER IL CASO DI DECESSO

AVVERTENZE E ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

AVVERTENZE IMPORTANTI

- Per quanto non riportato nel presente modulo si considerano le indicazioni riportate nella richiesta di prestazione pensionistica ex art. 11 di cui il presente modulo costituisce allegato.
- La scelta della tipologia di prestazione, una volta che sia iniziata la liquidazione, è IRREVOCABILE, salvo successiva conversione in rendita vitalizia. L'aderente potrà revocare la scelta solo prima che il Fondo proceda alla liquidazione del primo importo.
- Le nuove prestazioni NON sono combinabili tra loro né con la rendita vitalizia.
- Dal momento dell'esercizio dell'opzione non è possibile effettuare trasferimenti, anticipazioni o accedere alla R.I.T.A. - La R.I.T.A. eventualmente in corso si intende revocata.
- Non è consentito versare ulteriori contributi, salvo attivazione di nuovo rapporto di lavoro con maturazione di TFR.
- **È obbligatorio indicare il/i soggetto/i beneficiario/i del montante residuo in caso di decesso.**
- **La richiesta di attivazione della prestazione priva dell'indicazione dei beneficiari in caso di decesso (da formulare con l'apposito modulo) è considerata INCOMPLETA e non verrà lavorata**

1. DATI DELL'ADERENTE

Nella sezione iniziale devono essere riportati i dati anagrafici dell'aderente percettore della prestazione pensionistica

2. OPZIONE PRESCELTA – TIPOLOGIA DI EROGAZIONE

NB: **Le opzioni consentite sono tra loro alternative: Qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato**. Per avere maggiori dettagli sulla fiscalità applicabile alle erogazioni dei fondi pensione è necessario fare riferimento alla normativa in vigore.

DISPOSIZIONI COMUNI ALLE TIPOLOGIE DI PRESTAZIONE

L'aderente, dal momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche stabilite nel regime obbligatorio di appartenenza e del periodo minimo di permanenza di 5 anni, può esercitare il diritto alla prestazione pensionistica complementare selezionando, oltre alle classiche modalità già previste dalla normativa, 3 nuove prestazioni pensionistiche alternative alla rendita:

A) Rendita a durata definita
B) Prelievi liberamente determinabili
C) Erogazione frazionata

Tali prestazioni prevedono i seguenti tratti comuni:
- le prestazioni di cui all'art. 11, comma 3-bis, sono erogate direttamente dalle forme pensionistiche complementari e il montante residuo è dalle stesse mantenuto in gestione. Tale montante è investito nel comparto scelto dall'aderente all'atto della richiesta della prestazione o, in difetto di indicazioni, nel comparto individuato dalla forma pensionistica complementare a tale fine. Nella fase di fruizione di tali prestazioni, possono essere utilizzati anche comparti già previsti dalla forma pensionistica per la fase di accumulo;
- una volta attivata una delle opzioni non è possibile chiedere la revoca (salvo quanto diversamente stabilito peri il Periodo transitorio)
- non è possibile cumulare più prestazioni legate alle differenti opzioni;
- è possibile convertire il montante residuo in una rendita vitalizia immediata al fine della copertura del "rischio di longevità". Per questa opzione è possibile anche trasferire il montante residuo presso una diversa forma pensionistica per beneficiare delle condizioni di rendita vitalizia offerte da quest'ultima;
- una volta attivata una delle opzioni (accesso alla "fase di erogazione"), non è possibile esercitare alcune delle prerogative individuali tipiche della fase di accumulo (trasferimento, anticipazione, riscatto, RITA) con eccezione dello switch di comparto, o versare ulteriore contribuzione, salvo che l'interessato attivi un nuovo rapporto di lavoro che preveda la maturazione del TFR;
- l'erogazione delle nuove prestazioni pensionistiche non è cumulabile con la RITA eventualmente già in corso di liquidazione;
- in caso di decesso del beneficiario della rendita è possibile riscattare il montante residuo da parte dei soggetto/i indicato/i in sede di richiesta della prestazione che può consistere anche nella conferma dei soggetti precedentemente indicati per la fase di accumulo. Le richieste inerenti alle suddette prestazioni che risultino prive dell'indicazione di cui sopra devono considerarsi incomplete. Tali scelte possono essere successivamente modificate;

A) RENDITA A DURATA DEFINITA (in vigore dal 01/07/2026)

La rendita a durata definita è una prestazione pensionistica erogata per un periodo predeterminato sulla base della vita attesa residua del beneficiario, che corrisponde al numero di anni interi della speranza di vita in corrispondenza dell'età dell'aderente al momento della richiesta della prestazione, come determinata dall'ISTAT con riferimento alla tavola più recente di mortalità della popolazione generale utilizzata per il calcolo dei vigenti coefficienti di trasformazione del montante in rendita di cui alla tabella A allegata alla legge 8 agosto 1995, n. 335. Il numero di anni di durata della prestazione è arrotondato per difetto.
Di seguito alcune peculiarità relative alla rendita a durata definita:
- l'importo delle rate è variabile a causa del rendimento finanziario della gestione finanziaria/assicurativa sottostante, laddove il montante residuo viene ripartito sul numero delle rate rimanenti;
- nel caso di forme pensionistiche che adottino una contabilità per quote, l'importo della rata di rendita dipende dal valore della quota alla data di erogazione della stessa.

B) PRELIEVI LIBERAMENTE DETERMINABILI (in vigore dal 01/07/2026)

La modalità prevede la scelta da parte dell'Aderente dell'importo dei prelievi e della tempistica nel rispetto di tre vincoli:
1) i prelievi possono di volta in volta essere richiesti nei limiti del monte rendite maturato e non riscosso relativo alla modalità con rendita definita.
2) di un importo minimo erogabile per garantire l'economicità dell'operazione.
3) di un intervallo minimo tra una richiesta e l'altra.

Sostanzialmente si prende a riferimento una rendita teorica immediatamente erogabile di durata definita pari alla vita attesa residua, in anni interi, dell'aderente al momento della richiesta della prestazione con frazionamento annuale. Tale rendita è da intendersi come rendita figurativa che rileva esclusivamente per il calcolo delle suddette rate. L'aderente, contestualmente alla richiesta di accesso alla prestazione, può quindi chiedere l'erogazione di un importo, che non potrà comunque essere superiore alla prima rata di rendita figurativa.
Di seguito alcune peculiarità relative ai prelievi liberamente determinabili:
- relativamente all'ultimo anno di durata della rendita teorica, l'importo massimo prelevabile è pari al montante residuo;
- con riferimento alle forme di previdenza complementare che adottano una contabilità per quote, l'importo massimo che può essere prelevato è determinato moltiplicando il valore della quota alla data di liquidazione del prelievo per la differenza tra il numero di quote (e frazioni di quote) corrispondente alle rate di rendita maturate e il numero di quote (e frazioni di quote) già utilizzate per prelievi precedentemente erogati.

C) EROGAZIONE FRAZIONATA (in vigore dal 31/10/2026)

L'erogazione frazionata è una prestazione pensionistica che permette di ricevere il montante accumulato in rate periodiche nell'arco di un periodo di tempo predeterminato dal beneficiario: un numero di anni scelto tra un minimo di 5 anni (previsto dalla legge) e un massimo di 15 anni.
Di seguito alcune peculiarità relative all'erogazione frazionata:
- l'importo delle rate è variabile a causa del rendimento finanziario della gestione finanziaria/assicurativa sottostante, laddove il montante residuo viene ripartito sul numero delle rate rimanenti;
- nel caso di forme pensionistiche che adottino una contabilità per quote, l'importo della rata di rendita dipende dal valore della quota alla data di erogazione della stessa.

DESIGNAZIONE DEI SOGGETTI LEGITTIMATI
AL RISCATTO DEL MONTANTE RESIDUO IN CASO DI DECESSO

SEZIONE A - DESIGNAZIONE DEI SOGGETTI

NOTA BENE - IN CASO DI DECESSO DEL BENEFICIARIO DURANTE LA FASE DI EROGAZIONE, IL MONTANTE RESIDUO È RISCATTATO DAI SOGGETTI INDICATI DI SEGUITO. L'INDICAZIONE DEI DESIGNATI AL MOMENTO DELL'ATTIVAZIONE DELLA RENDITA È **OBBLIGATORIA**. IL MODULO PRIVO DI QUESTA SEZIONE È INCOMPLETO.

La sezione B del modulo deve essere compilata SOLO nel caso di MODIFICA dei soggetti precedentemente designati

Cognome	_____	**Nome**	_____
Codice Fiscale			

☐	**CONFERMA DEI SOGGETTI PRECEDENTEMENTE DESIGNATI**	☐	**MODIFICA DEI SOGGETTI PRECEDENTEMENTE DESIGNATI (compilare Sezione B)**

Il sottoscritto dichiara, *ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.*

È consapevole, altresì, 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.

Firma: _____

SEZIONE B - Modifica dei soggetti designati (da compilare solo nel caso di modifica dei designati)

DESIGNATO 1

Cognome (o Denominazione): _____ Nome: _____

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

Comune di nascita: _____ Prov: ( ) Tel.: _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: ( )

Eventuale percentuale designazione: _____ %

DESIGNATO 2

Cognome (o Denominazione): _____ Nome: _____

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

Comune di nascita: _____ Prov: ( ) Tel.: _____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: ( )

Eventuale percentuale designazione: _____ %

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

In caso di decesso del percettore della rendita è possibile riscattare il montante residuo da parte dei soggetto/i indicato/i in sede di richiesta della prestazione che può consistere anche nella conferma dei soggetti precedentemente indicati per la fase di accumulo. Le richieste inerenti alle suddette prestazioni che risultino prive dell'indicazione di cui sopra devono considerarsi incomplete. Tali scelte possono essere successivamente modificate;
La "CONFERMA" dei soggetti precedentemente designati consiste nel mantenimento della scelta effettuata nella fase di accumulo della posizione previdenziale.
La "MODIFICA" dei soggetti precedentemente designati annulla qualunque precedente designazione effettuata.
Nell'ipotesi di un numero di soggetti designati superiore a 2, utilizzare per la designazione un nuovo modulo di designazione.

Data Compilazione: ..... /..... /.....