

FONDO PENSIONE CAIMOP

– FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE A CAPITALIZZAZIONE PER I LAVORATORI
MEDICI DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA
iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 1017

Modulo conferma adesione

Da utilizzarsi in caso di cambio datore di lavoro

Io sottoscritto/a Cognome		Nome	
Nato/a		Pv () Stato	il / /
Codice Fiscale		Sesso	M () F ()
Residente a		Pv ()	
Via e Numero		Cap	
Doc.Id.	n.	Ente rilascio	
Titolo di Studio			
Telefono		Cellulare	
e-mail			
Recapito (indicare solo se diverso da residenza):			
Desidero ricevere la corrispondenza:			
In formato elettronico		In formato cartaceo (per questa modalità saranno addebitate spese di invio)	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Data prima iscrizione previdenza complementare / / gg/m/anno

di avere già una posizione aperta presso CAIMOP si Numero Iscrizione

Per il contributo a mio carico scelgo di versare a CAIMOP quanto previsto dal CCNL /ACL

Scelgo di aderire con il solo versamento del Tfr

Nel caso di versamento del solo Tfr sono cosciente che non mi è dovuto il contributo del datore di lavoro e autorizzo CAIMOP a prelevare la quota associativa annua dalla mia posizione

Condizione Professionale

Lavoratore dipendente:					
Assistente	<input type="checkbox"/>	Aiuto	<input type="checkbox"/>	Responsabile	<input type="checkbox"/>
Dirigente medico struttura complessa	<input type="checkbox"/>	Dirigente medico struttura semplice	<input type="checkbox"/>	Dirigente medico Ex aiuto	<input type="checkbox"/>
Dirigente medico ex assistente	<input type="checkbox"/>	Dirigente medico meno 5 anni anzianità	<input type="checkbox"/>		

Libero professionista	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------

L'aderente dichiara:

- di aver ricevuto il documento 'Informazioni chiave per l'aderente' e il documento 'La mia pensione complementare', versione standardizzata; **di** essere informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il regolamento del fondo e ogni altra documentazione attinente il fondo pensione, comunque disponibile sul sito www.caimop.it
- di aver visionato la Scheda dei costi presente sul sito www.caimop.it ;
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nel documento 'Informazioni chiave per l'aderente';
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico dei costi (ISC) riportato nel documento 'Informazioni chiave per l'aderente';
 - 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 rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.caimop.it
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, e si impegna a comunicare ogni successiva variazione.

DELEGO:

1) Il mio datore di lavoro a prelevare dalla mia retribuzione e dalla quota annuale del mio TFR i contributi indicati sulla presente domanda di adesione e a provvedere al relativo versamento secondo i termini che saranno stabiliti dagli organi di CAIMOP e ad operare sulla mia retribuzione le trattenute 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. Presa visione dell'informativa allegata al presente modulo, di cui forma in uno il documento integrale, ai sensi degli artt. 23, 26, 42, 43 del D. Lgs 196/2003 (Codice per la Protezione dei Dati Personali – Codice Privacy) e degli artt. 6, 7, 9, 45, 46, 49 del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali - GDPR)

ACCONSENTO:

- Al trattamento dei dati personali comuni e sensibili funzionali all'esercizio dell'attività istituzionali di previdenza complementare;
- Alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicati al punto 2 della suddetta informativa, i quali possono sottoporre i dati a trattamento per le finalità di cui al punto 2 della medesima informativa od obbligatori per legge;
- Alla comunicazione degli stessi dati a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di archiviazione in qualità di responsabili esterni del trattamento ex art. 28 del GDPR;
- Al trasferimento degli stessi dati all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE) nel rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 45 e 46 GDPR.

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Dichiaro sotto la mia responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione stabiliti dallo statuto CAIMOP.

Importante: in ottemperanza a quanto previsto dal D. Lgs 252/2005 CAIMOP ha provveduto a dare comunicazione a COVIP degli adeguamenti statutari previsti e al deposito presso COVIP della nota informativa.

Data _____ Firma _____

DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE E DI ACCETTARE CHE:

CAIMOP è sollevato da ogni responsabilità derivante dal mancato immediato aggiornamento dei dati personali dell'interessato, dagli eventuali disservizi della rete informatica, ovvero da lesioni in merito alla riservatezza e alla conservazione dei dati trasmessi a terzi, dovuti a cause non direttamente riconducibili e/o imputabili al Fondo.

Ove l'indirizzo email fornito dall'interessato al Fondo per l'invio delle comunicazioni non sia aggiornato, CAIMOP non è responsabile della mancata e/o puntuale ricezione delle suddette comunicazioni destinate all'interessato.

Data _____ Firma _____

DATI RIGUARDANTI IL DATORE DI LAVORO			
Denominazione Azienda			
CF/P.Iva			
Località		PV	
Via		Cap	
Telefono/Fax		E-mail	
Sede legale (se diversa) località			
Via		Pv	Cap
Telefono/ Fax			
Data di ricevimento del modulo di adesione		Data Assunzione	
Codice Azienda CAIMOP			
Referente aziendale			
Telefono		E-mail	
TIMBRO E FIRMA AZIENDA			
Timbro e firma dell'addetto alla ricezione del presente			
