



## MODULO RICHIESTA TRASFERIMENTO

Spett.le Fondo

Pensione\* .....

Indirizzo

.....  
iscr. Albo Covip n\*. ....cui il sottoscritto è  
iscritto e da cui intende trasferirsi

Le avvertenze e le istruzioni costituiscono parte integrante del presente modulo

Sono campi obbligatori quelli contraddistinti da \*, la cui mancata compilazione comporta il rigetto della domanda

### 1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome\*: \_\_\_\_\_ Nome\* \_\_\_\_\_

Codice Fiscale\*: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in via\* \_\_\_\_\_ Comune\*: \_\_\_\_\_

Provincia\*: ( ) CAP\*: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Cod. aderente/n. adesione/polizza/contratto \_\_\_\_\_ (vedere Istruzioni)

Recapito corrispondenza(se diverso dalla residenza):

Via \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: ( )

### 2 .FONDO PENSIONE DI DESTINAZIONE

**Chiedo di trasferire la mia posizione previdenziale al Fondo Pensione indicato di seguito, a cui ho già aderito:**

Denominazione\*: \_\_\_\_\_ N. Albo Covip\* \_\_\_\_\_

Cod. aderente/n. adesione/polizza/contratto \_\_\_\_\_ (vedere Istruzioni)

### 3 .DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

**Il sottoscritto dichiara (barrare una sola casella):**

di aver maturato nel fondo il periodo minimo di permanenza previsto dalla legge (2 anni)

*oppure, anche prima del periodo minimo di permanenza:*

di aver perso i requisiti di partecipazione al fondo in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa);

di aver maturato il diritto alla prestazione pensionistica e di volersi avvalere delle condizioni di erogazione della rendita

praticate dal fondo pensione di destinazione

**Il sottoscritto dichiara di aver compilato il presente modulo tenendo presenti le avvertenze e istruzioni allegate. Il**

**sottoscritto autorizza, altresì, l'aggiornamento anagrafico della banca dati del fondo con i dati sopra riportati.**

**Data Compilazione:** ..... /..... /..... **Firma:** \_\_\_\_\_

#### 4. DICHIARAZIONI DEL DATORE DI LAVORO\* (obbligatorio nei casi indicati nelle Istruzioni)

4.1 Data ultimo versamento al fondo pensione: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (giorno/mese/anno)

4.2 Aliquota T.F.R. (solo "vecchi iscritti"): \_\_\_\_\_%

Il datore di lavoro conferma la data indicata dal lavoratore nella Sezione 3.

Denominazione o codice identificativo datore di lavoro \_\_\_\_\_

Data: ..... / ..... / ..... Timbro e firma del datore di lavoro: \_\_\_\_\_

#### AVVERTENZE

- Allegare alla richiesta di trasferimento fotocopia di un documento di identità, codice fiscale e consenso al trattamento dei dati personali.
- Una volta richiesto con questo modulo, il trasferimento viene effettuato solo se il fondo verso cui ci si vuole trasferire dà il proprio nulla osta.
- Il trasferimento verrà eseguito entro 6 mesi dalla data di ricezione del nulla osta da parte del fondo cessionario. In caso di invio a mezzo raccomandata A/R, posta elettronica certificata o fax fa fede la data di ricezione riportata nell'avviso di ricevimento.

#### ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Intestazione: indicare il nome del fondo cui si è iscritti e da cui l'aderente intende trasferirsi e il n. albo Covip (reperibile sul sito [www.covip.it](http://www.covip.it), alla sezione "Albo Fondi Pensione").

**Sezione 1 - DATI DELL'ADERENTE:** indicare obbligatoriamente nome, cognome, codice fiscale, indirizzo di residenza. L'indicazione dei nuovi recapiti comporta l'aggiornamento dei dati dell'aderente nella banca dati del fondo. Tutta la documentazione, quindi, sarà inviata all'indirizzo indicato. L'indicazione del n. adesione/polizza/contratto è obbligatoria solo nel caso, del tutto eventuale, che l'aderente abbia più posizioni aperte per essersi iscritto presso la forma pensionistica da cui intende trasferirsi sulla base di diversi rapporti di lavoro o abbia sottoscritto più polizze complementari.

**Sezione 2 - FONDO PENSIONE DI DESTINAZIONE:** indicare il n. albo Covip e il nome del fondo (reperibile sul sito [www.covip.it](http://www.covip.it), alla sezione "Albo Fondi Pensione") verso cui ci si vuole trasferire. L'indicazione del codice aderente/n. adesione/polizza/contratto è obbligatoria solo nel caso, del tutto eventuale, che l'aderente abbia più posizioni aperte per essersi iscritto presso il fondo di destinazione sulla base di diversi rapporti di lavoro o ha sottoscritto più polizze complementari.

**Sezione 3 - DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE:** barrare una sola casella.

In caso di adesione a un fondo negoziale rivolto a dipendenti pubblici, il pubblico dipendente in costanza di rapporto di lavoro può chiedere il trasferimento non prima di cinque anni di permanenza presso il fondo da cui intende trasferirsi limitatamente ai primi cinque anni di vita del fondo stesso, e successivamente a tale termine non prima di tre anni. La richiesta di trasferimento per aver maturato il diritto alla prestazione pensionistica e avvalersi delle condizioni di erogazione della rendita praticate dal fondo pensione di destinazione, non comporta automaticamente l'attivazione della rendita, per la quale occorrerà fare apposita richiesta al fondo di destinazione, una volta perfezionato il trasferimento. È possibile chiedere il trasferimento per beneficiare della rendita del fondopensione di destinazione quando: (i) si sono maturati i requisiti per la pensione obbligatoria e si è iscritti al fondo pensione da almeno 5 anni (contano anche i periodi di iscrizione a fondi da cui ci si sia in precedenza trasferiti); (ii) si è maturato il diritto al riscatto totale nel quinquennio precedente alla maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni nel regime obbligatorio di appartenenza.

**Sezione 4 - DICHIARAZIONI DEL DATORE DI LAVORO:** compilazione obbligatoria per lavoratori dipendenti aderenti in via collettiva o comunque con versamento di TFR, con eccezione dei casi in cui il rapporto di lavoro o gli obblighi contributivi a carico del datore di lavoro siano cessati da più di 1 anno.

Punto 4.1: indicare la data dell'ultimo versamento che è stato o verrà effettuato. Modulo Trasferimento Standard – versione approvata l'11 novembre 2011

Punto 4.2.: "Aliquota TFR" da indicare esclusivamente per i "vecchi iscritti"; la compilazione di tale campo è obbligatoria solo in presenza di versamenti effettuati dal datore di lavoro relativi a periodi antecedenti il 31/12/2000, in caso di cessazione del rapporto di lavoro. Con aliquota TFR si intende l'aliquota IRPEF calcolata dal datore di lavoro al momento della cessazione del rapporto di lavoro per la tassazione del TFR. Non compilare in caso di lavoro autonomo. Non compilare in caso di trasferimento volontario.

## INFORMATIVA PRIVACY

### CAIMOP

(Aggiornate ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice Privacy, come novellato dal D. Lgs. 101/2018)

**FONDO PENSIONE CAIMOP** – Cassa Integrativa Medici Ospedalità Privata - con sede legale in Viale Europa, 55, 00144 Roma RM, C.F. e P. IVA 08269200583, (in seguito “Titolare”), in qualità di Titolare del trattamento, informa ai sensi dell’art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 (in seguito “GDPR”) e del Codice Privacy, come novellato dal D. lgs. 101/2018, che i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

#### 1. Oggetto del Trattamento

Il Titolare tratta i dati personali, tra cui particolari categorie di dati personali, riguardanti l’interessato, i suoi familiari, i suoi parenti o i beneficiari che l’interessato abbia nominato. Tali dati sono trattati unicamente nel quadro delle finalità sotto descritte.

#### 2. Finalità del Trattamento e Base giuridica

I dati personali sono trattati unicamente ai fini della realizzazione di servizi di previdenza integrativa per i medici di ospitalità privata. In particolare, la previdenza integrativa richiede necessariamente che i dati siano trattati con le seguenti finalità:

- **Adempimenti Legali**, per rispettare leggi, regolamenti o norme comunitarie a cui il Titolare è tenuto a conformarsi;
- **Adempimenti Contrattuali**, necessari per la gestione, esecuzione e conclusione dei rapporti contrattualmente definiti in essere o da definire quali: gestione dei contributi o erogazione di prestazioni, costituzioni, esercizio o difesa dei diritti dell’interessato in qualità di iscritto al fondo;
- **Gestionali Interne**, necessarie per l’organizzazione, per misurare la soddisfazione dell’iscritto, la gestione aziendale e il controllo interno. Esse includono la predisposizione di statistiche anonime e analisi di dati.

La Base giuridica per i trattamenti di cui alle lettere b) e c) si rinviene negli artt. 6, par. 1, lett. b) in quanto *“il trattamento è necessario all’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso”*, per i trattamenti di cui alla lettera a), si rinviene nell’art. 6, par. 1, lett. c), in quanto *“il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento”* per i trattamenti riguardi particolari categorie di dati personali si rinviene nell’art. 9, par. 2, lett. b) in quanto *“il trattamento è necessario per assolvere gli obblighi ed esercitare i diritti specifici del titolare del trattamento o dell’interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale, nella misura in cui sia autorizzato dal diritto dell’Unione o degli Stati membri o da un contratto collettivo ai sensi del diritto degli Stati membri, in presenza di garanzie appropriate per i diritti fondamentali e gli interessi dell’interessato”*.

#### 3. Modalità di Trattamento e Periodo di Conservazione

Il trattamento dei dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all’art. 4, par. 1, n. 2 GDPR e più precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

I dati sono trattati dal Titolare solo con modalità, strumenti e procedure informatiche, telematiche o cartacee, strettamente necessarie per realizzare le finalità descritte al punto n. 2.

I dati personali verranno conservati per un periodo congeniale alla realizzazione delle finalità previdenziali.

I dati potranno essere accessibili, per le finalità di cui al punto n. 2, esclusivamente alle persone autorizzate dal Titolare del trattamento e/o loro Delegati nell'ambito delle funzioni attribuitegli e in conformità delle istruzioni ricevute, nonché da società terze o altri soggetti che svolgono attività di outsourcing per conto del Titolare o verso cui il Titolare ha un obbligo di comunicazione previsto dalla legge. A titolo esemplificativo si rappresentano le seguenti tipologie di comunicazioni:

- **Comunicazioni obbligatorie:** comunicazioni che la società è tenuta a fare in conformità a leggi, regolamenti, disposizioni impartite da organi di vigilanza (antiriciclaggio, COVIP, ISVAP, INPS, organi giudiziari, forze dell'ordine ecc.);
- **Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente:** comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta (banche, società di gestione del risparmio, legali, commercialisti, consulenti del lavoro, società di servizi informatici o di archiviazione, di revisione ecc.);
- **Comunicazioni strumentali all'attività di CAIMOP:** comunicazioni finalizzate a migliorare la qualità del servizio prestato, attraverso indagini sulla soddisfazione dell'iscritto.

#### 4. Diritti dell'interessato

L'interessato dispone dei diritti di cui all'art. 15 GDPR e ss., più precisamente diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione, nonché il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante (art. 77 GDPR e 141 Codice Privacy, così come novellato dal D. Lgs. 101/2018).

#### 5. Modalità di esercizio dei diritti

Il soggetto interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando, una raccomandata A/R a **FONDO PENSIONE CAIMOP** - Cassa Integrativa Medici Ospedalità Privata - con sede legale in Viale Europa, 55, 00144 Roma RM, oppure istanza telematica all'indirizzo e-mail all'indirizzo [privacy@caimop.it](mailto:privacy@caimop.it).

#### 6. Identità e dati di contatto del:

- **TITOLARE - CASSA INTEGRATIVA MEDICI OSPEDALITÀ PRIVATA (CAIMOP)**  
In persona del Presidente Dott. Mohammad Alkilani, e-mail [privacy@caimop.it](mailto:privacy@caimop.it).
- **DPO (RPD) - SCUDO PRIVACY S.r.l.**  
In persona del Dott. Carlo Villanacci, e-mail [c.Villanacci@scudoprivacysrl.com](mailto:c.Villanacci@scudoprivacysrl.com)