

La richiesta può essere consegnata direttamente al Fondo o trasmessa tramite posta al seguente indirizzo:

**Fondo Pensione CAIMOP**  
**Viale Europa n. 55, 00144 - Roma (RM)**

ovvero inviata agli indirizzi e-mail/PEC del Fondo:

e-mail: [info@caimop.it](mailto:info@caimop.it)

PEC: [caimop@pec.it](mailto:caimop@pec.it)

## MODULO DI RICHIESTA R.I.T.A.

RENDITA INTEGRATIVA TEMPORANEA ANTICIPATA

### 1. DATI DELL'ADERENTE (compilazione a cura dell'aderente, la residenza indicata verrà utilizzata per i conteggi fiscali e la corrispondenza connessa)

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

Codice Fiscale: 

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

 Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Prov: ( \_\_\_\_ ) Cell: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )

Autorizzo l'invio della documentazione (Prospetto di Conteggio, Comunicazione Periodica e Certificazione Unica) all'indirizzo e-mail sopra indicato.

### 2. OPZIONE PRESCELTA per l'erogazione della posizione individuale (compilazione a cura dell'aderente)

PER CIASCUNA SEZIONE SELEZIONARE **UNA SOLTANTO** DELLE OPZIONI INDICATE

<b>A. PERCENTUALE DELLA POSIZIONE DA DESTINARE ALL'EROGAZIONE DELLA RITA</b>	<input type="checkbox"/> 100% (INTERA POSIZIONE)
	<input type="checkbox"/> .....% (ALTRO - SPECIFICARE LA PERCENTUALE)
<b>B. COMPARTO DI GESTIONE DELLA POSIZIONE DESTINATA A RITA</b>	<input checked="" type="checkbox"/> COMPARTO 'LINEA GARANTITA ASSICURATIVA GESAV'
<b>C. FREQUENZA DI EROGAZIONE</b>	<input checked="" type="checkbox"/> TRIMESTRALE

### 3. TIPOLOGIA E REQUISITI DI LEGGE (opzione da selezionare ALTERNATIVAMENTE a cura dell'aderente)

<input type="checkbox"/> <b>1 - PER CONTRIBUZIONE</b> <small>(art. 11 comma 4 del d.lgs.252/2005)</small> a. CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA; b. 20 ANNI DI CONTRIBUZIONE COMPLESSIVA NEL REGIME OBBLIGATORIO DI APPARTENENZA; c. MATURAZIONE DEL DIRITTO AD OTTENERE LA PENSIONE DI VECCHIAIA ENTRO I 5 ANNI SUCCESSIVI; d. MATURAZIONE DI CINQUE ANNI DI PARTECIPAZIONE ALLE FORME PENSIONISTICHE COMPLEMENTARI.	<input type="checkbox"/> <b>2 - PER INOCCUPAZIONE</b> <small>(art. 11 comma 4-bis del d.lgs.252/2005)</small> a. CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA; b. INOCCUPAZIONE SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE MAGGIORE DI 24 MESI; c. MATURAZIONE DEL DIRITTO AD OTTENERE LA PENSIONE DI VECCHIAIA ENTRO I 10 ANNI SUCCESSIVI; d. MATURAZIONE DI CINQUE ANNI DI PARTECIPAZIONE ALLE FORME PENSIONISTICHE COMPLEMENTARI.
---	--

#### NOTA BENE:

Per maggiori informazioni sulla documentazione attestante il possesso dei requisiti di Legge per richiedere la R.I.T.A. e da allegare al presente modulo di richiesta, si rinvia al **Documento informativo Rendita integrativa temporanea anticipata**, disponibile sul sito internet del Fondo all'indirizzo [www.caimop.it](http://www.caimop.it).

La porzione di montante di cui si richiede il frazionamento continuerà ad essere mantenuta in gestione, così da poter beneficiare anche dei relativi rendimenti. L'importo della rata potrà subire variazioni, anche in negativo, in conseguenza dell'andamento della gestione assicurativa.

### 4. COORDINATE BANCARIE PER ACCREDITO RICORRENTE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'aderente)

Codice **IBAN** : \_\_\_\_\_  
(compilare INTEGRALMENTE)

Cod. Paese    Cod. Controllo    CIN    ABI (5 caratteri numerici)    CAB (5 caratteri numerici)    Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)

Banca e Filiale: \_\_\_\_\_ Intestato a: \_\_\_\_\_<sup>1</sup>

**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 inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CU, che gli verrà spedito dal Fondo -unitamente ai conteggi di liquidazione al pagamento di ogni singola rata- entro la scadenza di Legge dell'anno successivo a quello di pagamento e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro quindici giorni dalla scadenza annuale di Legge per la trasmissione. Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare al Fondo eventuali variazioni di indirizzo, rispetto a quello di residenza indicato, al quale spedire la Certificazione Unica.**

**Tenuto conto dell'informativa resami ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, presto il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali ai soggetti individuati nell'informativa stessa per le finalità in essa richiamate.**

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

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

Firma: \_\_\_\_\_

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

Data cessazione attività lavorativa: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Timbro e firma del datore di lavoro: \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:** l'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

<sup>1</sup> In caso di accredito su banca estera, fornire anche il codice BIC/SWIFT.

## **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio dello stato di non occupazione (non avendo reso Dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro)**

Consapevole delle sanzioni civili e penali previste dall'art. 76, DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, il sottoscritto ....., nato a ..... prov ..... il ..... CF .....

in relazione alla richiesta di R.I.T.A. con anticipo di non oltre 10 anni rispetto alla maturazione del requisito anagrafico previsto per la pensione di vecchiaia e con inoccupazione di almeno 24 mesi, non avendo reso la Dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro (DID) agli uffici competenti e al fine di attestare la condizione di non occupazione prevista dall'art.19 comma 7 del D.lgs. 150/2015 secondo quanto precisato con Circolari n. 34 del 23 dicembre 2015 e n. 5090 del 4 aprile 2016 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali

dichiara

- o di non aver svolto e di non svolgere attività lavorativa, in forma subordinata, parasubordinata o autonoma dal ..... ad oggi

ovvero

- o di non aver svolto e di non svolgere una tale attività lavorativa da cui abbia ricavato un reddito annuo superiore al reddito minimo escluso da imposizione<sup>2</sup> dal ..... ad oggi

Lo stesso dichiara altresì di aver dato, mediante la firma sottoscritta, il consenso al trattamento dei propri dati personali, ivi contenuti, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679.

....., lì.....

Firma

---

---

<sup>2</sup> Per i lavoratori dipendenti la soglia è di 8.145 euro per reddito prodotto nell'anno, per i lavoratori autonomi è di 4.800 euro.

## 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 congruo 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)