

FONDO PENSIONI BANCA DELLE MARCHE

FONDO PENSIONE PREESISTENTE

Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 1634 nella I Sezione Speciale – riservata ai fondi preesistenti con soggettività giuridica

Istituito in Italia



Via Don A. Battistoni, 4 – 60035 JESI (AN)



+39 0731647405 – 489 – 484 – 197 - 828



ubi-fondo.pensione.nbm@intesanpaolo.com
fondobancamarche@pec.it



www.fondopensionibancadellemarche.it

Modulo di adesione Familiari fiscalmente a carico degli iscritti FONDO PENSIONI BANCA DELLE MARCHE iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 1634

Attenzione: L'adesione a FONDO PENSIONI BANCA DELLE MARCHE deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa, dell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità' e del REGOLAMENTO RECANTE LA DISCIPLINA DELL'ADESIONE E DELLA CONTRIBUZIONE AL FONDO DEI FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO DEGLI ISCRITTI.

La Nota informativa, il "Regolamento delle Adesioni per i familiari fiscalmente a carico" e lo statuto sono disponibili sul sito www.fondopensionibancadellemarche.it e verranno consegnati in formato cartaceo solo su tua richiesta.

Il sottoscritto:

Cognome: _____	Nome: _____		Codice Fiscale: _____	
Sesso: _____	Data di nascita: _/_/_/_	Comune di nascita: _____	Provincia: _____	Stato: _____
Tipo documento: _____	Numero documento: _____	Ente di rilascio: _____	Data di rilascio: _/_/_/_	
Residenza: _____	Cap: _____	Telefono: _____	e-mail: _____	
in qualità di: <input type="checkbox"/> FIGLIA/FIGLIO <input type="checkbox"/> CONIUGE <input type="checkbox"/> ALTRO: _____				
fiscalmente a carico dell'iscritto al Fondo Pensioni Banca delle Marche di seguito indicato:				
Cognome _____ Nome _____				
Codice fiscale				
Sesso M F Data di nascita				
Comune di nascita (o Stato estero) _____ Prov.				
Comune di residenza _____ CAP Prov.				
Indirizzo di residenza _____ Telefono _____				
dichiara di voler aderire al Fondo Pensioni Banca delle Marche				
Desidero ricevere la corrispondenza:				
<input type="checkbox"/> In formato elettronico via e-mail			<input type="checkbox"/> In formato cartaceo all'indirizzo di residenza	

Data prima iscrizione alla previdenza complementare

_____ / _____ / _____

Dati dell'azienda (eventuale datore di lavoro)

Azienda: _____	Codice fiscale/partita IVA: _____
Indirizzo: _____	Tel. _____ e-mail: _____
Contratto collettivo di riferimento _____	

Modulo di adesione

Condizione professionale

<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo/libero professionista	<input type="checkbox"/> Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al fondo	<input type="checkbox"/> Soggetto diverso da quelli precedenti
<input type="checkbox"/> Privato	<input type="checkbox"/> Pubblico		

Titolo di studio

<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> Licenza media inferiore	<input type="checkbox"/> Diploma professionale
<input type="checkbox"/> Diploma media superiore	<input type="checkbox"/> Diploma universitario/laurea triennale	<input type="checkbox"/> Laurea / laurea magistrale	<input type="checkbox"/> Specializzazione post-laurea

Se già si aderisce ad altra forma pensionistica complementare, riportare le seguenti informazioni:

Denominazione altra forma pensionistica: _____	
Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP: _____	
L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata:	
<input type="checkbox"/> Consegnata	<input type="checkbox"/> Non consegnata (*)
(*) Non è prevista la consegna della Scheda dei costi solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.	
Indicare se si intende chiedere il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica cui già si aderisce	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Opzione di investimento

Denominazione dei comparti	Categoria	Ripartizione % (25, 50, 75 o 100)
• COMPARTO PRUDENTE	Obbligazionario Puro
• COMPARTO RENDIMENTO	Bilanciato
• COMPARTO GARANZIA - ASSICURATIVO	Garantito

Modulo di adesione

Beneficiari in caso di morte dell'Aderente

Eredi	<input type="checkbox"/>
Designati	<input type="checkbox"/> (indicare Cognome, Nome, Luogo e data di nascita, Codice Fiscale)
DATI DEL BENEFICIARIO N° 1	
Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: __ / __ / ____
Comune (st. estero) di nascita:	Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza:	CAP: _____
Comune di residenza:	Provincia: ()
Indirizzo mail:	
Percentuale di beneficio:	_____ %
DATI DEL BENEFICIARIO N° 2	
Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: __ / __ / ____
Comune (st. estero) di nascita:	Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza:	CAP: _____
Comune di residenza:	Provincia: ()
Indirizzo mail:	
Percentuale di beneficio:	_____ %
DATI DEL BENEFICIARIO N° 3	
Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: __ / __ / ____
Comune (st. estero) di nascita:	Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza:	CAP: _____
Comune di residenza:	Provincia: ()
Indirizzo mail:	
Percentuale di beneficio:	_____ %

L'aderente dichiara:

- di aver ricevuto la Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e l'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità' ed il Regolamento delle Adesioni per i familiari fiscalmente a carico;
- di essere informato che sono disponibili sul sito www.fondopensionibancadellemarche.it la Nota informativa, lo statuto ed il Regolamento delle Adesioni per i familiari fiscalmente a carico e ogni altra documentazione attinente al fondo pensione;
- di aver sottoscritto la Scheda 'I costi' della forma pensionistica a cui risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione (*per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare che redige la Scheda 'I costi'*);
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nella Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' e nell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico dei costi (ISC) riportato nella Scheda 'I costi' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa;
 - in merito al paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione', nella Scheda 'Presentazione' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP e contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipo, 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.fondopensionibancadellemarche.it;

Modulo di adesione

- di aver sottoscritto il 'Questionario di Autovalutazione';
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, e si impegna a comunicare ogni successiva variazione;
- di essere a conoscenza che, nel caso in cui la posizione individuale rimanga priva del tutto di consistenza per un anno, l'aderente può perdere la propria qualifica; in tali casi infatti il fondo può avvalersi della clausola risolutiva espressa comunicando all'aderente, almeno 60 giorni prima del decorso del termine, che provvederà alla cancellazione dello stesso dal libro degli aderenti, salvo che questi effettui un versamento prima del decorso del suddetto termine.

Luogo e data _____, ____ / ____ / _____

Firma Aderente _____

(familiare fiscalmente a carico dell'iscritto o chi ne esercita la potestà e/o ne ha la tutela, se minorenni)

Firma del lavoratore già iscritto _____

Allegati: 1) fotocopia documento di identità del familiare fiscalmente a carico.

Questionario di Autovalutazione

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

1. Conoscenza dei fondi pensione
 - ne so poco
 - sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare di tipo finanziario o assicurativo
 - ho una conoscenza dei diversi tipi di fondi pensione e delle principali tipologie di prestazioni
2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione
 - non ne sono al corrente
 - so che le somme versate non sono liberamente disponibili
 - so che le somme sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge
3. A che età prevede di andare in pensione?
____ anni
4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)?
____ per cento
5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")?
 - sì
 - no
6. Ha verificato il paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione', nella Scheda 'Presentazione', della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa?
 - sì
 - no

CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

Per trarre indicazioni sulla congruità della opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9

7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)
 - Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)
 - Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)
 - Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3)
 - Non so/non rispondo (punteggio 1)
8. Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
 - 2 anni (punteggio 1)
 - 5 anni (punteggio 2)
 - 7 anni (punteggio 3)
 - 10 anni (punteggio 4)
 - 20 anni (punteggio 5)
 - Oltre 20 anni (punteggio 6)
9. In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?
 - Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
 - Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
 - Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto

Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta fra le diverse opzioni di investimento offerte dal fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione.

Modulo di adesione

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del comparto	- Garantito - Obbligazionario puro - Obbligazionario misto	- Obbligazionario misto - Bilanciato	- Bilanciato - Azionario
In caso di adesione a più comparti la verifica di congruità sulla base del 'Questionario di autovalutazione' non risulta possibile ed è l'aderente a dover effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.			

Luogo e data _____, _____ / _____ / _____

L'aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Firma

[in alternativa]

L'aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Firma

SPAZIO RISERVATO AL FONDO PENSIONI BANCA DELLE MARCHE

Data di ricevimento della domanda

Decorrenza iscrizione

Timbro e firma

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (AI SENSI DELL'ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali) (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati o GDPR)

TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI Fondo Pensioni Banca delle Marche (di seguito, "Fondo"), con sede in Jesi (AN) – Via Don Angelo Battistoni n. 4 - è Titolare del trattamento dei suoi dati personali (congiuntamente di seguito "Dati"), nell'ambito delle attività finalizzate a gestire la Sua iscrizione al Fondo e ogni successiva attività conseguente a tale atto. Il Fondo Le fornisce le seguenti informazioni nella Sua qualità di Interessato.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI Il Fondo ha nominato il Responsabile della protezione dei dati (in inglese Data Protection Officer, in breve DPO), che può essere contattato ai seguenti recapiti: posta elettronica: dpo@intesanpaolo.com posta elettronica certificata (PEC): privacy@pec.intesanpaolo.com

FINALITA', BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO E PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI 1) Finalità associative I Dati degli aderenti al Fondo sono trattati per le finalità individuate nell'Atto costitutivo e nello Statuto del Fondo e relative alla corresponsione di prestazioni pensionistiche complementari. La base giuridica del trattamento è l'esecuzione contratto da cui deriva la Sua qualifica di aderente o la necessità di adempiere alla richiesta da Lei formulata di entrare a far parte del Fondo e di usufruire dei servizi offerti dallo stesso. Pertanto non è necessario acquisire il Suo consenso. Nell'esecuzione di tali finalità è possibile che si verifichi un trattamento dei dati particolari, specificatamente di dati relativi alla salute. Il suddetto trattamento è previsto per l'esecuzione o la gestione di specifiche operazioni o servizi quali la gestione delle polizze assicurative e/o per gestire la richiesta di anticipazione della posizione individuale ai sensi dell'art. 11, comma 7 lettera a, del D.lgs. n. 252/2005 ove motivata da spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche e per la finalità di corrispondere, al verificarsi degli eventi previsti, prestazioni accessorie per invalidità e premorienza, eventualmente garantite dal Fondo Pensione mediante apposita previsione statutaria ai sensi dell'art. 6, comma 5, del D.lgs. n. 252/2005. La base giuridica che consente al Fondo di procedere lecitamente al trattamento di dati relativi alla salute è il consenso dell'interessato. I Dati verranno conservati per tutto il periodo in cui l'interessato mantiene la qualifica di aderente, e per un periodo di tempo minimo di 10 anni successivo alla cessazione del rapporto, al fine di conformarsi agli obblighi di tenuta delle scritture contabili ai sensi dell'art. 2220 del Codice Civile. Il Dati saranno conservati per un periodo di tempo più lungo ove ricorra l'esigenza di far valere o difendere i diritti del Fondo in ogni eventuale sede ed in particolare nelle sedi giudiziarie o per consentire all'interessato di far valere a sua volta tali diritti. 2) Finalità legate ad obblighi di legge I Dati degli aderenti al Fondo sono trattati per finalità legate all'assolvimento di obblighi previsti dalla legge, da regolamenti, dalla normativa

Modulo di adesione

comunitaria nonché da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da competenti Autorità di vigilanza o di controllo, nonché di evasione di richieste avanzate dalle Autorità Giudiziarie. La base giuridica del trattamento è l'adempimento di un obbligo legale; pertanto, ai sensi della normativa, anche in questo caso il suo consenso non è necessario. Il periodo di conservazione dei dati è differenziato a seconda della normativa di riferimento (ad es. il già citato periodo obbligatorio di conservazione degli atti e della corrispondenza per 10 anni) e salvo le esigenze di conservazione per altre finalità elencate nella presente informativa. Il Dati saranno conservati per un periodo di tempo più lungo ove ricorra l'esigenza di far valere o difendere i diritti del Fondo in ogni eventuale sede ed in particolare nelle sedi giudiziarie o per consentire all'interessato di far valere a sua volta tali diritti. **SOGGETTI O CATEGORIE DI SOGGETTI AI QUALI I DATI PERSONALI POSSONO ESSERE COMUNICATI** Il conseguimento delle finalità sopra dichiarate avverrà anche per mezzo della attività svolta da collaboratori del Fondo specificamente incaricati ed autorizzati, nonché mediante comunicazione a terzi soggetti, quali società, enti, professionisti che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività, tra cui: Fondo Pensioni Banca delle Marche – Domanda di adesione Pagina 6 di 10 Documento aggiornato alla data del 26 settembre 2018 • istituti bancari incaricati dell'attività di custodia e gestione del patrimonio; • compagnie di assicurazione e società finanziarie incaricate della gestione delle risorse del Fondo Pensione; • società di servizi amministrativi, contabili ed informatici; • pubbliche amministrazioni ed organi di vigilanza, quando previsto dalla normativa vigente. L'elenco dettagliato delle società, enti, professionisti e incaricati è disponibile a richiesta. I terzi soggetti sono individuati, a seconda dei casi, quali Titolari autonomi o quali Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento in ragione del ruolo svolto e delle attività di trattamento poste in essere. I Suoi Dati potranno essere oggetto di trasferimento ad altri soggetti anche nel caso di eventuale trasferimento della Sua posizione individuale ad altro Fondo. Tale trasferimento avverrà solo previa richiesta da parte Sua. I Dati dell'associato non saranno oggetto di diffusione.

DIRITTI DELL'INTERESSATO Il Fondo La informa che il GDPR garantisce l'esercizio di specifici diritti a sua tutela. In particolare prevede un Diritto di accesso, che le consente di avere la conferma se sia o meno in corso un trattamento di dati personali che la riguardano (art. 15 GDPR) e, in caso affermativo, di ottenere le informazioni previste dalla normativa nonché riceverne copia, alle condizioni di legge.

Potrà inoltre esercitare i seguenti diritti: – Rettifica di dati personali inesatti o integrazione dei dati incompleti (art. 16 GDPR); – Cancellazione (c.d. Diritto all'oblio) dei propri dati personali qualora sussistano particolari condizioni e motivi, come ad esempio per i dati personali non più necessari rispetto alle finalità per cui erano stati raccolti o qualora il trattamento dei dati sia illegittimo (art. 17 GDPR); – Limitazione al trattamento dei propri dati, ad esempio in attesa della loro rettifica o correzione (art. 18 GDPR); – Portabilità dei dati personali verso un altro titolare qualora il trattamento sia automatizzato e basato su un consenso o su un contratto (art. 20 GDPR); – Opposizione al trattamento in qualunque momento, per motivi connessi alla Sua situazione particolare, al trattamento dei Dati che La riguardano (art. 21 GDPR). In ogni caso, qualora il trattamento dei dati personali sia basato sul rilascio del consenso, l'Interessato ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento effettuato prima della revoca stessa. Per l'esercizio dei suoi diritti può inviare una specifica richiesta al DPO utilizzando i dati di contatto riportati nella presente informativa e avendo cura di allegare alla richiesta copia di un suo documento di identità e del codice fiscale. Lei ha inoltre diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

CONSEGUENZE DI UNA MANCATA COMUNICAZIONE DEI DATI Il conferimento di Dati al Fondo da parte dell'interessato è obbligatorio: a) per i soli Dati per cui è previsto un obbligo normativo (ovvero stabilito da leggi, regolamenti e normativa comunitaria, provvedimenti di Pubbliche Autorità, ecc.); b) qualora tale conferimento sia necessario per l'esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla erogazione delle prestazioni. L'eventuale rifiuto di fornire i Dati nei casi di cui ai punti sub a) e b) può comportare l'impossibilità di garantire le prestazioni di previdenza complementare. Ove il trattamento dei Dati preveda come base giuridica il consenso, e tale consenso non sia prestato, ricorrono conseguente analoghe alla mancata comunicazione del Dato stesso.

MODALITÀ DI TRATTAMENTO I Dati sono raccolti di norma presso l'iscritto. Il trattamento dei Dati per le suddette finalità avrà luogo con modalità informatiche e manuali, in base a criteri logici compatibili e funzionali alle finalità di cui sopra. Il trattamento dei Suoi Dati avverrà anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In considerazione dell'informativa sopra riportata, io sottoscritto _____, Codice Fiscale _____, espressamente individuato con l'informativa consegnatami dal Fondo, con riferimento al trattamento dei dati particolari da parte del Fondo - ivi compresa la comunicazione ai soggetti terzi indicati nell'informativa, per i correlati trattamenti - esclusivamente per l'esecuzione o la gestione di specifiche operazioni o servizi da me richiesti, consapevole che, in mancanza di tale consenso, il Fondo non potrà eseguire quelle operazioni che richiedono tali trattamenti o comunicazioni:

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Luogo e data

firma

