RICHIESTA DI RISCATTO DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE
(mod. RISCPIP)

Da inviare a:

Unipol Assicurazioni S.p.A. - Via Stalingrado 45, 40128 Bologna (BO) **e-mail:** previdenzacomplementare@unipol.it

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO

- ☐ **Unipol Previdenza Futura** *(iscrizione Albo Covip n. **5099**)*
- ☐ **Unipol Futuro Presente** *(iscrizione Albo Covip n. **5050**)*
- ☐ **Piano Pensionistico 4026** *(iscrizione Albo Covip n. **5039**)*
- ☐ **Piano Pensionistico 4036** *(iscrizione Albo Covip n. **5040**)*
- ☐ **Nuova Generazione** *(iscrizione Albo Covip n. **5066**)*
- ☐ **Piano Pensionistico 4046** *(iscrizione Albo Covip n. **5044**)*
- ☐ **Tax Qualified Annuity III** *(iscrizione Albo Covip n. **5046**)*
- ☐ **Futuro** *(iscrizione Albo Covip n. **5082**)*
- ☐ **Pensione Domani** *(iscrizione Albo Covip n. **5096**)*

Contratto n°_____

L'aderente

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato a _____ Prov _____ il _____ _____ _____

Indirizzo di residenza

Comune _____Prov. _____ CAP _____

Indirizzo _____

Telefono _____ e-mail _____

Domicilio (se diverso dall'indirizzo di residenza)

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo _____ Telefono _____

ATTENZIONE: Compilare in ogni sua parte l'AUTOCERTIFICAZIONE CRS (Allegato Mod. CRS_PF_FPA_PIP_FIP) - compreso domicilio anche se coincidente con la residenza - e allegare sempre un documento d'identità in corso di validità.

CHIEDE

Il riscatto parziale (nella misura del 50%) della propria posizione individuale a seguito di:

☐ **ricorso da parte dell'azienda a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria e straordinaria (per un periodo minimo di 12 mesi)**

Da allegare la seguente documentazione:

- attestazione dello stato occupazionale;
- Dati dell'Attività Lavorativa – da compilare sempre **(Allegato A)**;
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale;
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti (anche qualora i contributi versati e non dedotti siano pari a zero);
- AUTOCERTIFICAZIONE CRS (nei casi previsti dall'art. 1 del D.M. 29/01/2019 – G.U. 06/02/2019 n. 31) (**Allegato Mod. CRS_PF_FPA_PIP_FIP**)

☐ **cessazione del rapporto di lavoro con disoccupazione non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi**

Da allegare la seguente documentazione:

- dichiarazione del datore di lavoro attestante la cessazione del rapporto di lavoro (nel caso di lavoratore dipendente iscritto al PIP);
- chiusura attività/P.IVA presso CCIAA (nel caso di lavoratore autonomo iscritto al PIP);
- Dati dell'Attività Lavorativa – da compilare sempre **(Allegato A)**;
- certificato di iscrizione presso i centri per l'impiego attestante la data di iscrizione alle liste di disoccupazione e la permanenza del relativo *status* o, in alternativa, dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 **(Allegato B)**;
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale;

- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti (anche qualora i contributi versati e non dedotti siano pari a zero);
- AUTOCERTIFICAZIONE CRS (nei casi previsti dall'art. 1 del D.M. 29/01/2019 – G.U. 06/02/2019 n. 31) (**Allegato Mod. CRS_PF_FPA_PIP_FIP**)

Il riscatto totale della propria posizione individuale a seguito di:

☐ **invalidità permanente sopravvenuta successivamente all'adesione alla previdenza, che abbia comportato la riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo**.

Da allegare la seguente documentazione:

- attestazione, da parte della competente struttura pubblica, dello stato di invalidità e della relativa percentuale;
- Dati dell'Attività Lavorativa – da compilare sempre **(Allegato A)**;
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale;
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti (anche qualora i contributi versati e non dedotti siano pari a zero);
- AUTOCERTIFICAZIONE CRS (nei casi previsti dall'art. 1 del D.M. 29/01/2019 – G.U. 06/02/2019 n. 31) (**Allegato Mod. CRS_PF_FPA_PIP_FIP**)

☐ **cessazione del rapporto di lavoro con conseguente inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi**

Da allegare la seguente documentazione:

- dichiarazione del datore di lavoro attestante la cessazione del rapporto di lavoro (nel caso di lavoratore dipendente iscritto al PIP);
- chiusura attività/P.IVA presso CCIAA (nel caso di lavoratore autonomo iscritto al PIP);
- Dati dell'Attività Lavorativa – da compilare sempre **(Allegato A)**;
- certificato di iscrizione presso i centri per l'impiego attestante la data di iscrizione alle liste di disoccupazione e la permanenza del relativo *status* o, in alternativa, dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 **(Allegato B)**;
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti (anche qualora i contributi versati e non dedotti siano pari a zero);
- AUTOCERTIFICAZIONE CRS (nei casi previsti dall'art. 1 del D.M. 29/01/2019 – G.U. 06/02/2019 n. 31) (**Allegato Mod. CRS_PF_FPA_PIP_FIP**)

☐ **perdita dei requisiti di partecipazione al PIP**

Da allegare la seguente documentazione:

- Dati dell'Attività Lavorativa – da compilare sempre (Allegato A);
- certificato di iscrizione presso i centri per l'impiego attestante la data di iscrizione alle liste di disoccupazione e la permanenza del relativo status o, in alternativa, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.445/2000 **(Allegato C)**;
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale;
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti (anche qualora i contributi versati e non dedotti siano pari a zero);
- AUTOCERTIFICAZIONE CRS (nei casi previsti dall'art. 1 del D.M. 29/01/2019 – G.U. 06/02/2019 n. 31) (**Allegato Mod. CRS_PF_FPA_PIP_FIP**)

DICHIARA

di aver risolto il rapporto di lavoro con l'Azienda _____

in data _____ _____ _____ senza aver maturato il diritto al trattamento di pensione a carico della previdenza obbligatoria.

RICHIEDE CHE IL PAGAMENTO SIA EFFETTUATO

☐ con Assegno Bancario

☐ con Bonifico Bancario sul c/c di seguito specificato *(possibile solo nel caso in cui l'avente diritto sia intestatario):*

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SWIFT/BIC _____

Intestato a _____

Banca _____ filiale di _____

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere a conoscenza dei requisiti previsti dal Regolamento del PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO _____

per l'esercizio dell'Opzione prescelta e che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.

N.B.:

- **il riscatto per cassa integrazione guadagni è consentito nei seguenti casi:**
  - **in presenza di cessazione dell'attività lavorativa preceduta da cassa integrazione guadagni;**
  - **laddove, pur non intervenendo la cessazione del rapporto di lavoro, vi sia cassa integrazione guadagni a zero ore della durata di almeno 12 mesi]**
- **si informa che la mancata o parziale consegna della documentazione indicata comporterà la conseguente richiesta da parte della Compagnia della documentazione mancante necessaria ai fini della verifica dell'obbligo di pagamento della prestazione richiesta;**
- **qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzi situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale, la Compagnia richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie;**
- **la documentazione richiesta ottempera a specifici obblighi normativi ed in assenza della stessa il Fondo Pensione non potrà procedere alla liquidazione della prestazione;**
- **qualora l'aderente avesse precedentemente destinato al Fondo il TFR (o altri contributi a cura dell'azienda) lo invitiamo ad informare tempestivamente il datore di lavoro, affinché possa versare eventuali spettanze residue prima della chiusura della posizione.**

Luogo e data

_____

Firma dell'Aderente
(ovvero del Legale Rappresentante)

_____

DICHIARAZIONE CONTRIBUTI VERSATI E NON DEDOTTI

Il/la sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

dichiara di **non aver usufruito della deduzione fiscale** relativamente ai seguenti importi:

Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;
Anno _____ importo € _____;

Luogo e data

_____

Firma dell'Aderente
(o del Legale Rappresentante)

_____

ATTENZIONE:

1. **la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta anche se i contributi versati e non dedotti sono pari a zero;**
2. **per i lavoratori dipendenti, l'importo dei contributi non dedotti da indicare in questa dichiarazione non deve comprendere la contribuzione riferibile al TFR;**
3. **nella dichiarazione possono essere inseriti anche i contributi relativi a posizioni maturate presso altre forme di previdenza e trasferite sul presente Piano Individuale Pensionistico**

Allegato A

DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

(compilazione a cura del datore di lavoro in caso di aderente lavoratore dipendente)

Denominazione azienda _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dipendente _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Età pensionabile prevista dal regime obbligatorio di appartenenza dell'Aderente per la pensione di vecchiaia: ____

Data cessazione attività ____/_____/_____

Vecchi Iscritti (dati necessari fino al 31/12/2000)

Aliquota fiscale per la tassazione del TFR, determinata ai sensi degli artt. 16 e 17 del D.P.R 917/86 _____ %

Eventuali importi versati dall'Aderente eccedenti il 4% della retribuzione _____ €

Nuovi Iscritti (dati necessari fino al 31/12/2000)

Eventuali importi versati dall'Aderente eccedenti il 4% della retribuzione _____ €

Abbattimento base imponibile spettante al PIP _____ %

Ultimo contributo versato al PIP

Data ____/_____/_____ **Importo** _____ €

IMPORTO ULTIMA CONTRIBUZIONE DOVUTA: è indispensabile segnalare sempre l'importo ultimo contributo versato al Fondo Pensione e la relativa data. Eventuali contributi versati al PIP pensione successivamente alla richiesta di Liquidazione / Trasferimento per cessazione dell'attività lavorativa non potranno essere accolti e verranno pertanto restituiti.

Luogo e data

_____

Timbro e firma del datore di lavoro

_____

Compilazione a cura dell'Aderente lavoratore autonomo

Ultimo contributo versato al PIP

Data ____/_____/_____ **Importo** _____ €

Luogo e data

_____

Firma dell'Aderente
(o del Legale Rappresentante)

_____

Contributi versati nell'ultimo anno non dedotti e non ancora comunicati: _____ €

Allegato B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

attestante la situazione lavorativa
(*art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445*)

Il/la sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato a _____ Prov _____ il _____ /_____ /_____

aderente al Piano Individuale Pensionistico _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del Codice penale e delle norme speciali in materia, al fine di

ottenere il riscatto
- ☐ totale, ai sensi dell'art. 14, comma 2, let. b) D.Lgs. 252/2005
- ☐ parziale, ai sensi dell'art. 14, comma 2, lett.c) D.Lgs. 252/2005

della posizione individuale accumulata

DICHIARA(*)

- di svolgere/aver svolto attività lavorativa a partire dal _____ /_____ /_____
- di aver cessato la propria attività lavorativa in data _____ /_____ /_____,
- di non aver svolto alcuna attività lavorativa a partire dal _____ /_____ /_____, e fino alla data odierna

(*) **le date indicate non costituiscono campi alternativi e devono essere tutti compilati**

Luogo e data

_____

Firma leggibile dell'Aderente
(ovvero del Legale Rappresentante)

_____

Allegato C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

attestante la situazione lavorativa
(*art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445*)

Il/la sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato a _____ Prov _____ il _____ /_____ /_____

aderente al Piano Individuale Pensionistico _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del Codice penale e delle norme speciali in materia, al fine di ottenere il riscatto della posizione individuale accumulata, ai sensi dell'art. 14, comma 5, D.Lgs. 252/2005

DICHIARA(*)

- di svolgere/aver svolto attività lavorativa a partire dal _____ /_____ /_____
- di aver cessato la propria attività lavorativa in data _____ /_____ /_____,
- di non aver svolto alcuna attività lavorativa a partire dal _____ /_____ /_____, e fino alla data odierna

(*) **le date indicate non costituiscono campi alternativi e devono essere tutti compilati**

Luogo e data

_____

Firma autenticata(1)

_____

(1) Ai sensi dell'Art. 21 del D.P.R. n. 445 del 2000, l'autenticazione della firma può essere redatta da un notaio, cancelliere, segretario comunale o altro dipendente incaricato dal Sindaco; in tale ultimo caso, l'autenticazione è redatta di seguito alla sottoscrizione e il pubblico ufficiale, che autentica, attesta che la sottoscrizione è stata apposta in sua presenza, previo accertamento dell'identità del dichiarante, indicando le modalità di identificazione, la data ed il luogo di autenticazione, il proprio nome, cognome e la qualifica rivestita, nonché apponendo la propria firma e il timbro dell'ufficio.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(di seguito, *"Informativa Privacy"*)

USA_InfC_Vita_01_Ed.: 01.01.2025

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il "**Regolamento**"), La informiamo che Unipol Assicurazioni S.p.A. (di seguito, anche, "**Unipol**"), in qualità di titolare, tratterà alcuni dati personali a Lei o a terzi (in via esemplificativa, assicurati o beneficiari delle prestazioni assicurative previste) riferibili, per le finalità di seguito indicate.

Chi tratterà i dati personali?

Titolare del trattamento dei dati personali a Lei riferibili è **Unipol Assicurazioni S.p.A.** (www.unipol.it), con sede in Via Stalingrado 45, Bologna - 40128.

Quali dati personali tratteremo?

Saranno trattate le seguenti categorie di dati personali (di seguito, i "**Dati**" o i "**Suoi Dati**"):

a) dati anagrafici (in via esemplificativa, e non esaustiva, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, estremi documento di riconoscimento) ed estremi di contatto (numero di telefono e indirizzo di posta elettronica);
b) dati relativi ai metodi e agli strumenti di pagamento (in via esemplificativa, i riferimenti bancari);
c) dati appartenenti a categorie particolari (in specie, dati relativi alla salute), qualora siano indispensabili alle finalità indicate (in specie, al fine di richiedere la liquidazione/anticipazione di prestazioni derivanti da polizze Vita e/o forme pensionistiche complementari).

I Suoi potranno essere raccolti anche presso fonti terze[1].

Perché tratteremo i Dati?

I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

- (**F1**) – *Attività liquidative e/o collegate alle prestazioni assicurative previste dalla polizza (anche, i "**Servizi Assicurativi**")*: il trattamento persegue finalità connesse all'attività liquidativa (ad es., per la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni) e/o collegate alle prestazioni assicurative previste dalla polizza (ad es., fra gli altri, per esigenze di riassicurazione e di coassicurazione);
- (**F2**) - *Perseguimento di esigenze amministrativo contabili e adempimento degli obblighi normativi*: il trattamento avviene al fine di perseguire esigenze amministrativo-contabili, nonché al fine di adempiere agli obblighi normativi di settore, di volta in volta applicabili, e connessi all'erogazione dei Servizi Assicurativi[2];
- (**F3**) - *Analisi dei dati per finalità statistiche e tariffarie*: il trattamento avviene per lo svolgimento di attività di analisi dei dati, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie. Dalle suddette analisi sono esclusi i dati appartenenti a categorie particolari;
- (**F4**) - *Tutela dei propri diritti*: il trattamento avviene al fine di agire in tutela dei diritti della Titolare, anche in via difensiva, sia in sede giudiziale, che stragiudiziale;
- (**F5**) - *Svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi*: il trattamento avviene al fine di perseguire finalità inerenti alla prevenzione e al contrasto delle frodi assicurative.

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di dare esecuzione ad un contratto di cui Lei è parte, ovvero, qualora siano coinvolti Dati riferibili a terzi (ad es., beneficiari e/o assicurati, diversi dal contraente di polizza), sulla base di un legittimo interesse di Unipol all'esecuzione dei Servizi Assicurativi. Nel caso in cui la finalità in oggetto necessiti di dati appartenenti a categorie particolari, verrà richiesto esplicito consenso al soggetto interessato. Per il perseguimento di finalità antifrode, la base giuridica consiste nel legittimo interesse di Unipol a prevenire e contrastare tali fenomeni	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non saremo in grado di erogarLe la liquidazione richiesta, ovvero di fornirLe i Servizi Assicurativi.
F2	a); b); c)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili. Il trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari avviene sulla base di un Suo esplicito consenso.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non potremo adempiere agli eventuali obblighi normativi di volta in volta applicabili e potremo non essere in grado di erogarLe la liquidazione e/o i Servizi Assicurativi da Lei richiesti
F3	a)	La base giuridica consiste nel legittimo interesse di Unipol allo svolgimento di analisi statistiche e tariffarie, per il miglioramento dei propri prodotti e servizi.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non saremo in grado di perseguire tale finalità
F4	a); b); c)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di Unipol, rappresentato dalla necessità di tutelare i propri diritti	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non saremo in grado di perseguire tale finalità
F5	a); b); c)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di Unipol, rappresentato dalla necessità di prevenire e contrastare le frodi e esercitare e difendere i diritti connessi	Il conferimento dei Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non saremo in grado di perseguire tale finalità

Come tratteremo i Suoi Dati?

I Suoi Dati saranno trattati tramite logiche e modalità, anche informatiche, strettamente pertinenti alle finalità suindicate, previa adozione delle misure di sicurezza ritenute adeguate ai rischi, e saranno resi accessibili al solo personale autorizzato e istruito, nella sola misura di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle attività cui lo stesso risulta preposto.

[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.), da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; 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] 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, conservazione 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.

A chi comunicheremo i Dati?

I Dati potranno essere comunicati a soggetti terzi, in ragione delle sole finalità suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a:

- soggetti esterni cui Unipol affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici e telematici, società di recupero crediti, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei dati personali;
- altre società del Gruppo Unipol[3], qualora necessario al perseguimento delle finalità suindicate;
- alle competenti autorità giudiziaria (di seguito, "**Autorità Giudiziaria**"), ente pubblico (di seguito, "**Pubblica Amministrazione**"), autorità di controllo o di pubblica sicurezza, sia al fine di dar seguito ad esigenze di tutela di un diritto di Unipol, sia qualora questo risulti necessario al fine di adempiere ad una disposizione di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un ordine e/o un provvedimento delle competenti autorità summenzionate;
- soggetti che fanno parte della c.d. "*catena assicurativa*" (in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in paesi terzi): fra gli altri, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, intermediari di assicurazione e di riassicurazione (nonché 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, investigatori privati, società di servizi per il quietanzamento, cliniche o strutture sanitarie convenzionate, 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), nonché ad altre banche dati a cui la comunicazione dei Dati risulti obbligatoria (ad es. il Casellario Centrale Infortuni);
- limitatamente ai nominativi dei beneficiari, potranno essere comunicati agli eredi del contraente, su loro richiesta motivata e prodromica all'esercizio in sede giudiziaria di loro diritti attuali e concretamente azionabili;
- a soggetti abilitati ad accedere ad alcuni Dati necessari per lo svolgimento di attività ausiliarie al rapporto contrattuale in oggetto (quali, in via esemplificativa, e non esaustiva, banche e istituti di credito, ente posta o altre società fornitrici di servizi simili, istituti di vigilanza, o società che prestano il servizio di assistenza stradale);
- per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

I Suoi Dati non saranno trasferiti verso paesi situati al di fuori dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo; qualora ciò fosse necessario al perseguimento delle finalità suindicate, lo faremo sulla base delle misure di garanzia previste dal Regolamento, quali ad esempio una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, ovvero la sottoscrizione di clausole contrattuali standard con l'importatore dei Dati.

Per quanto tempo tratteremo i Dati?

I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale in essere e successivamente conservati, per ragioni amministrativo-contabili, nonché per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili.

In dettaglio:

Finalità	Termine di conservazione
F1	Per la durata del rapporto contrattuale e sino alla sua cessazione
F2	Per venticinque **(25) anni** dalla data di scadenza del contratto o di cessazione della sua efficacia (ad es., per cessazione del rischio, annullamento del contratto, verificarsi dell'evento assicurato)
F3	Per la durata del rapporto contrattuale e successivamente aggregati e conservati in una forma che non consente più la riconducibilità dei Dati al soggetto interessato
F4	Per i termini prescrizionali previsti dalla normativa di settore, nonché per la durata dell'eventuale contenzioso e/o per gli ulteriori termini ritenuti utili alla finalità in oggetto
F5	Per venticinque **(25) anni** dalla data di scadenza del contratto o di cessazione della sua efficacia (ad es., per cessazione del rischio, annullamento del contratto, verificarsi dell'evento assicurato)

I Suoi diritti

La normativa sulla privacy (articoli da 15 a 22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai Dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, e la portabilità dei dati che Lei ci ha fornito, qualora trattati in modo automatizzato sulla base di un Suo consenso o per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (articolo 20).

La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Il Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione per chiarimenti sul trattamento dei Suoi dati e per l'esercizio dei Suoi diritti: può contattarlo all'indirizzo di posta elettronica privacy@unipol.it.

Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario, per la tutela dei Suoi Dati e dei Suoi diritti.

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA PRIVACY

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa Privacy, fornitami da Unipol Assicurazioni S.p.A., quale titolare del trattamento dei miei Dati, e delle finalità ivi indicate.

Mi impegno, inoltre, a consegnare la presente Informativa Privacy agli eventuali terzi interessati (ad es., beneficiari e/o assicurati diversi dal contraente di polizza), di cui Unipol Assicurazioni S.p.A. tratterà i Dati, al fine di dare esecuzione ai Servizi Assicurativi.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI APPARTENENTI A CATEGORIE PARTICOLARI *(Da utilizzare solo qualora siano raccolte categorie particolari di dati personali, sub c)*

☐ Letta l'Informativa Privacy che precede, acconsento al trattamento dei miei Dati appartenenti a categorie particolari da parte di Unipol Assicurazioni S.p.A., per le finalità indicate.

Luogo e data _____

Firma del soggetto interessato _____

[3] Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito www.unipol.com

INFORMATIVA

Con la legge n. 95 del 18 giugno 2015 sono state emanate, tra le altre, disposizioni concernenti gli adempimenti da espletare al fine di dare attuazione allo scambio automatico di informazioni derivanti da accordi tra l'Italia e altri Stati Esteri da effettuarsi attraverso uno standard di comunicazione condiviso elaborato dall'OCSE, denominato "*Common Reporting Standard*" o "*CRS*". La suddetta normativa ha introdotto in capo agli istituti finanziari italiani, inclusa la presente Società, obblighi di identificazione e rilevamento di taluni dati con riferimento alla clientela fiscalmente non residente in Italia e con il decreto ministeriale del 28 dicembre 2015 si è data attuazione alla predetta Legge.

Con il decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 29 gennaio 2019 sono state introdotte modifiche agli allegati B e D del decreto ministeriale del 28 dicembre 2015 in forza delle quali, a decorrere dal 1° aprile 2019, "*le forme di previdenza complementare aperte, limitatamente alle adesioni individuali, sono istituzioni finanziarie tenute alla comunicazione e i piani pensionistici individuali sono conti oggetto di comunicazione*".

Quest'ultimo intervento normativo ha modificato la pregressa disciplina prevedendo che, a decorrere dal 1° aprile 2019, i fondi pensione aperti saranno considerati istituzioni finanziarie italiane tenute alla comunicazione, limitatamente alle adesioni individuali, e che i piani pensionistici individuali diventeranno conti oggetto di comunicazione.

Si precisa pertanto che, per i conti finanziari oggetto di comunicazione ai sensi della normativa CRS, la Società trasmetterà annualmente all'Agenzia delle Entrate, i dati degli Aderenti e degli aventi diritto alle prestazioni previdenziali fiscalmente residenti in giurisdizioni estere aderenti al "Common Reporting Standard".

***

Al fine di dare corretta attuazione alle normative sopra citate, all'Aderente/Contraente è richiesto di sottoscrivere un'autocertificazione in cui dichiari i) la propria eventuale residenza fiscale estera; ii) la presa d'atto degli obblighi di monitoraggio e comunicazione previste dalle citate normative in capo alla Società e iii) l'impegno a comunicare tempestivamente alla Società, per iscritto e sotto la propria esclusiva responsabilità, ogni variazione dei dati precedentemente dichiarati.

AUTOCERTIFICAZIONE CRS - CLIENTELA PERSONE FISICHE

Si richiede all'Aderente/Contraente e/o agli aventi diritto alle prestazioni previdenziali di compilare i seguenti dati allo scopo di certificare la propria eventuale ***residenza fiscale estera***

Fondo Pensione Aperto (FPA) – Piano Individuale Pensionistico (PIP) – Forme Individuali Pensionistiche (FIP)

Numero di Adesione al FPA / PIP PIP

Numero di Polizza FIP

Soggetto incaricato del collocamento

Il sottoscritto in qualità di Aderente/Contraente e/o Avente diritto alle prestazioni previdenziali --

Cognome e Nome | Sesso -- | Codice Fiscale

Data di nascita ___ ___ ____ | Luogo di nascita | Provincia di nascita | Stato di nascita

Documento di riconoscimento

Tipo | Numero

Data di rilascio ___ ___ ____ | Data di scadenza ___ ___ ____ | Autorità

Località di rilascio | Provincia | Stato

Numero di telefono con prefisso internazionale (se presente)

Residenza anagrafica

Indirizzo | Comune | Cap

Località | Provincia | Stato

Domicilio

Indirizzo	Comune	Cap

Località	Provincia	Stato

Recapito postale

Indirizzo	Comune	Cap

Località	Provincia	Stato

Casella Postale/Fermo posta

Indirizzo	Comune	Cap

Località	Provincia	Stato

Dichiara di avere una residenza fiscale in uno Stato estero (Paese diverso dall'Italia e dagli Stati Uniti d'America[1]) ☐ Sì ☐ No

Stato di residenza fiscale estero (diverso dall'Italia e dagli U.S.A.)	**Stato estero rilascia il codice identificativo fiscale (NIF, TIN) oppure un equivalente funzionale**		**Numero di identificazione fiscale** rilasciato dallo Stato di residenza [2] (allegare una fotocopia)
	☐ Sì	☐ NO	
	☐ Sì	☐ NO	
	☐ Sì	☐ NO	

Luogo e data

Firma Aderente/Contraente/Avente diritto *(barrare le voci che non interessano)*
(ovvero il Legale Rappresentante)

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del Reg. UE 679/2016 (Regolamento europeo per la protezione dei dati personali) e, consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci affermazioni, dichiara che le informazioni sopra riportate sono corrette, complete e veritiere e:

- si impegna a comunicare tempestivamente e per iscritto alla Società, ai sensi della normativa CRS, qualsiasi variazione delle informazioni relative alla residenza fiscale estera, fornendo la documentazione comprovante il cambiamento di tali circostanze;
- prende atto che la Società provvederà, ai sensi della normativa CRS, al monitoraggio dei propri dati personali, al fine di verificare eventuali cambiamenti che potrebbero causare la variazione delle informazioni relative alla residenza fiscale estera e si impegna a fornire la documentazione richiesta dalla Società a tal fine;
- è consapevole che la Società è tenuta, ai fini della normativa CRS, a comunicare all'Agenzia delle Entrate, laddove ne ricorrano le condizioni, i dati dell'Aderente e degli aventi diritto alle prestazioni previdenziali se gli stessi risultano essere fiscalmente residenti in giurisdizioni estere oggetto di comunicazione.

Luogo e data

Firma Aderente/Contraente/Avente diritto *(barrare le voci che non interessano)*
(ovvero il Legale Rappresentante)

1. Nel caso in cui la persona fisica sia residente ai fini fiscali in più Stati, devono essere indicati tutti gli Stati di residenza fiscale. Per risolvere il problema di doppia residenza, la persona fisica può applicare le disposizioni contenute nella Convenzione contro le doppie imposizioni ai fini delle imposte sul reddito sottoscritte dagli Stati in cui risulta essere residente (c.d. *tie-breaker rules*), che prevedono i criteri per determinare, in ipotesi di doppia residenza, quale dei due Stati contraenti deve avere prevalenza nel considerare residente il contribuente.

2. Tale campo deve essere compilato soltanto se il numero di identificazione fiscale è rilasciato dallo Stato estero di residenza.

TERMINOLOGIA

Common Reporting Standard (C.R.S.): è lo standard comune di comunicazione elaborato dall'OCSE contenente l'insieme delle regole e dei criteri comuni che disciplinano l'adeguata verifica ai fini fiscali e le modalità di scambio di informazioni finanziarie a fini fiscali.

Residenza Fiscale: ai fini dell'imposizione sui redditi delle persone fisiche ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. 22/12/1986, n.917, si considerano residenti "*le persone che per la maggior parte del periodo d'imposta sono iscritte nelle anagrafi della popolazione residente o hanno nel territorio dello Stato il domicilio o la residenza ai sensi del codice civile*" ove "per la maggior parte del periodo di imposta" si intendono almeno 183 giorni (184 per gli anni bisestili). Sono pertanto residenti fiscalmente in Italia le persone fisiche che per almeno 183 giorni sono iscritte all'anagrafe in uno dei comuni della Repubblica o abbiano nel territorio dello Stato la sede principale dei propri affari e interessi o la dimora abituale.

Numero di Identificazione Fiscale (N.I.F.): è un codice di identificazione fiscale o, in assenza di tale codice, un equivalente funzionale, rilasciato dallo Stato in cui, il titolare del rapporto o l'avente diritto, è residente ai fini fiscali.