Da inviare a:

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

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO

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

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

avendo maturato il diritto al trattamento di pensione a carico della previdenza obbligatoria con almeno 5 anni di partecipazione alla Previdenza Complementare

CHIEDE

la liquidazione della prestazione previdenziale maturata nella misura di seguito precisata:

VECCHIO ISCRITTO **(iscritto ad una forma pensionistica complementare in data antecedente al 29.04.1993 che non abbia mai riscattato interamente la propria posizione individuale)**

- ☐ 100% rendita
- ☐ 50% capitale - 50% rendita
- ☐ 100% capitale in soluzione unica
- ☐ capitale _____ % - rendita _____ %

DICHIARA

- ☐ di voler esercitare il diritto di opzione di cui all'art. 23 comma 7 del D.Lgs 252/05 per l'applicazione del trattamento fiscale di cui al comma 6 dell'articolo 11 del D. lgs.252/05, relativamente al montante maturato sulla propria posizione a partire dal 1° gennaio 2007, fermo restando il diritto a percepire interamente in capitale il montante maturato fino a quella data.

NUOVO ISCRITTO **(iscritto ad una forma pensionistica complementare in data successiva al 28.04.1993 che, avendo perfezionato i 5 anni di iscrizione, ha maturato il diritto a percepire le prestazioni pensionistiche a carico del PIP)**

- ☐ 100% rendita
- ☐ 50% capitale - 50% rendita
- ☐ 100% capitale in soluzione unica
  solo nel caso in cui la rendita derivante dalla conversione del 70% del montante finale sia inferiore al 50% dell'assegno sociale (art.3, commi 6 e 7 Legge 08/08/95 n°335)
- ☐ capitale _____ % rendita_____ % (la % indicata in capitale non può essere maggiore del 50%)

Tipologia di rendita immediata posticipata scelta:
(da non indicare nel caso in cui si opti per la liquidazione del 100% del capitale)

☐ A) Vitalizia

☐ B) Vitalizia con 5 annualità certe(*)

☐ C) Vitalizia con 10 annualità certe(*)

☐ D) Vitalizia con 15 annualità certe(*)

☐ E) Vitalizia con 20 annualità certe(*)

☐ F) Vitalizia Reversibile nella misura del _____%(*)

Il sottoscritto designa, in ragione della prestazione pensionistica in forma di rendita prescelta, il beneficiario della prestazione di cui ai punti B), C), D) o E) in caso di premorienza in corso di pagamento delle annualità certe e il reversionario della prestazione di cui al punto F) nella persona di:

Cognome e Nome _____ Sesso (M/F)_____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ /_____

Residente in Via _____CAP _____

Città _____ Prov _____

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

Documento di riconoscimento _____ n. _____

Rilasciato da _____ in data ____/_____/_____

Frequenza di erogazione: ☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Quadrimestrale(*) ☐ Trimestrale ☐ Bimestrale(*) ☐ Mensile

(*) Opzioni selezionabili solo per i prodotti che le prevedono.

NB: La Compagnia provvede ad accertare l'esistenza in vita del beneficiario. Nel caso in cui sia necessario ai fini della verifica dell'obbligo di pagamento, la Compagnia potrà richiedere direttamente allo stesso documentazione comprovante l'esistenza in vita o un'autocertificazione corredata da fotocopia fronte retro di un documento d'identità in corso di validità.

Ulteriori tipologie di prestazioni pensionistiche alternative alle rendite immediate[1]:
(da non indicare nel caso in cui si opti per la liquidazione del 100% del capitale o per una delle rendite di cui ai precedenti punti A), B), C), D), E) o F))

Frequenza di erogazione: ☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Quadrimestrale ☐ Trimestrale ☐ Bimestrale ☐ Mensile

☐ **G) Rendita a durata definita[2] richiedibile dal 1° luglio 2026[3]**

☐ **H) Prelievi liberamente determinabili richiedibili dal 1° luglio 2026[3]**

La misura annua prescelta dall'aderente per ciascun prelievo non può essere superiore alla rendita annua a durata definita di cui al precedente punto G) né inferiore a euro 1.000 lordi. Al fine di evitare richieste eccessivamente frequenti, l'intervallo minimo tra una richiesta e l'altra è stato definito in 3 mesi.

Per effettuare la richiesta del prelievo si rimanda all'apposito modulo contenuto nella sezione "Modulistica" nella pagina web del prodotto.

☐ **I) Erogazione frazionata del montante accumulato per ____ anni[4] richiedibile dal 31 ottobre 2026[5]**

1 La scelta di una determinata tipologia di prestazione pensionistica implica il venir meno delle altre e non può essere successivamente revocata se non anteriormente alla liquidazione del primo importo.

2 La rendita è corrisposta per un numero di anni pari alla speranza di vita dell'aderente corrispondente all'età al momento dell'esercizio dell'opzione come determinata dall'ISTAT con riferimento alla tavola di mortalità della popolazione generale utilizzata per il calcolo dei vigenti coefficienti di trasformazione del montante in rendita di cui alla tabella A allegata alla Legge 8 agosto 1995, n° 335. Il numero di anni di durata della prestazione è, pertanto, arrotondato per difetto.

3 Ferma la possibilità di richiesta dal 1° luglio 2026, si informa che le attività di liquidazione e di erogazione connesse a tali richieste avverranno entro il termine del periodo transitorio (ovverosia entro e non oltre il 31 dicembre 2026) previsto per l'adeguamento dei sistemi operativi. Delle tempistiche di avvenuto adeguamento sarà fornita apposita informativa agli interessati.

4 Indicare un numero di anni non inferiore a 5

5 Ferma la possibilità di richiesta dal 31 ottobre 2026, si informa che le attività di liquidazione e di erogazione connesse a tali richieste avverranno entro il termine del periodo transitorio (ovverosia entro e non oltre il 31 dicembre 2026) previsto per l'adeguamento dei sistemi operativi. Delle tempistiche di avvenuto adeguamento sarà fornita apposita informativa agli interessati.

ALTRE INFORMAZIONI UTILI

Nel corso dell'erogazione delle prestazioni pensionistiche di cui ai punti G), H) e I), l'Aderente può in qualsiasi momento optare per la conversione del montante residuo in una delle rendite vitalizie immediate di cui ai precedenti punti A), B), C), D), E) o F).

La porzione di montante residua continuerà ad essere mantenuta in gestione nell'unica linea **Previattiva Unipol**.

Il sottoscritto dichiara che, in caso di decesso durante la fase di erogazione di una delle prestazioni pensionistiche di cui ai precedenti punti G), H) e I), il montante residuo maturato sulla propria prestazione previdenziale venga liquidato al/ai soggetti sottoindicato/i[6]:

1) Cognome e Nome _____ Sesso (M/F)_____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ /_____

Residente in Via _____CAP _____

Città _____ Prov _____

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

Documento di riconoscimento _____ n. _____

Rilasciato da _____ in data ____/_____/_____

Percentuale beneficio: _____%

2) Cognome e Nome _____ Sesso (M/F)_____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ /_____

Residente in Via _____CAP _____

Città _____ Prov _____

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

Documento di riconoscimento _____ n. _____

Rilasciato da _____ in data ____/_____/_____

Percentuale beneficio: _____%

3) Cognome e Nome _____ Sesso (M/F)_____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ /_____

Residente in Via _____CAP _____

Città _____ Prov _____

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

Documento di riconoscimento _____ n. _____

Rilasciato da _____ in data ____/_____/_____

Percentuale beneficio: _____%

NB: La Compagnia provvede ad accertare l'esistenza in vita del percettore della prestazione. Nel caso in cui sia necessario ai fini della verifica dell'obbligo di pagamento, la Compagnia potrà richiedere direttamente allo stesso documentazione comprovante l'esistenza in vita o un'autocertificazione corredata da fotocopia fronte retro di un documento d'identità in corso di validità.

6 I soggetti da indicare possono coincidere con quelli precedentemente indicati per la fase di accumulo.

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Intestato a _____

Banca _____ filiale di _____

Da allegare la seguente documentazione – fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità:

- fotocopia di un documento d'identità valido;
- fotocopia del codice fiscale;
- fotocopia del documento attestante lo status di pensionato o la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza
- dati dell'Attività Lavorativa – da compilare sempre (**Allegato A**);
- 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**).

N.B.:
- **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 € _____;

Luogo e data

_____

Firma dell'Aderente
(ovvero del Legale Rappresentante)

_____

ATTENZIONE:

1. **la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta anche se i contributi versati e non dedotti sono pari a zero; in mancanza di sottoscrizione, saranno utilizzate le informazioni in possesso della Compagnia eventualmente comunicate annualmente dall'aderente;**
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 PIP e la relativa data. Eventuali contributi versati al PIP 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
(ovvero del Legale Rappresentante)

_____

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

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.