

Richiesta di pagamento su Polizza P.I.P.

Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo – Fondo Pensione

Forma pensionistica complementare individuale istituita ai sensi dell'art. 13
del decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 (e successive modificazioni e integrazioni)

Edizione 01.2014

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione **LA FONDARIA**

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111
fax +39 051 375349 - Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle
Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - Società soggetta all'attività di
direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo
Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione **LA PREVIDENTE**

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111
fax +39 051 375349 - Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle
Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - Società soggetta all'attività di
direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo
Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione **SAI**

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111
fax +39 051 375349 - Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle
Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - Società soggetta all'attività di
direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo
Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione **NUOVA MAA**

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111
fax +39 051 375349 - Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle
Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - Società soggetta all'attività di
direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo
Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione **MILANO**

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111
fax +39 051 375349 - Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle
Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - Società soggetta all'attività di
direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo
Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione **SASA**

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111
fax +39 051 375349 - Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle
Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - Società soggetta all'attività di
direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo
Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

SPETT.LE

**DIREZIONE VITA INDIVIDUALI
UFFICIO LIQUIDAZIONI**

RICHIESTA DI PAGAMENTO su Polizza P.I.P.

Mod. 1.11502.9GF - Edizione 01.2014

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO – FONDO PENSIONE

Forma pensionistica complementare individuale istituita ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 5 dicembre 2005,
n. 252 (e successive modificazioni e integrazioni)

Agenzia di _____ Cod. _____

Polizza numero

Aderente

Nome e Cognome del Richiedente

Codice Fiscale o Partita I.V.A.

CODICE RICHIESTA:

(barrare l'operazione richiesta)

- 1. MATURAZIONE DEI REQUISITI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI PENSIONISTICHE DEL P.I.P.
- 2. RISCATTO PARZIALE/TOTALE PER CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA O INVALIDITÀ PERMANENTE (senza maturazione dei requisiti per le prestazioni pensionistiche del P.I.P.)
- 3. TRASFERIMENTO AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE
- 4. MORTE DELL'ADERENTE
- 5. ANTICIPAZIONE (nelle ipotesi previste dall'art. 11, comma 7, D.Lgs. 252/2005)

1. MATURAZIONE DEI REQUISITI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI PENSIONISTICHE DEL P.I.P.

Il sottoscritto dichiara di aver maturato i requisiti per l'accesso alle prestazioni pensionistiche del P.I.P.

- maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, con almeno 5 anni di partecipazione a forme pensionistiche complementari, ai sensi dell'art. 11, comma 2 del D. Lgs. 252/2005;
- cessazione dell'attività lavorativa che ha comportato l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi nel quinquennio precedente la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche complementari;
- invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo nel quinquennio precedente la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche complementari;

ed allega:

- originale della polizza e delle relative appendici (in caso di liquidazione con risoluzione del contratto);
- copia di un documento di identità;
- copia del codice fiscale;
- documentazione comprovante la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, ad esempio:
 - copia della lettera di accoglimento della domanda di pensione rilasciata in data ____/____/____ dall'Ente di Previdenza Obbligatoria _____;
- oppure
- documentazione attestante la cessazione dell'attività lavorativa e la relativa decorrenza, ad esempio:
 - 1) se lavoratore dipendente: dichiarazione rilasciata dal datore di lavoro attestante la risoluzione del rapporto di lavoro;
 - 2) se attività svolta in forma individuale da lavoratore autonomo, libero professionista, imprenditore/piccolo imprenditore: copia della ricevuta della chiusura della partita IVA; cancellazione dall'albo professionale; certificato della Camera di commercio; ecc.

- 3) se attività svolta in forma associativa o societaria da lavoratore autonomo, libero professionista, imprenditore/piccolo imprenditore: copia dell'atto di cessione quote della associazione o società; copia dell'atto di recesso dalla associazione o società; sentenza di fallimento, atto di scioglimento della associazione o società o di messa in liquidazione; ecc.
- 4) se socio lavoratore di cooperativa: copia della lettera di accettazione del recesso da socio lavoratore della cooperativa; ecc.
- oppure
- documentazione sanitaria attestante l'invalidità dell'Aderente per riduzione permanente a meno di un terzo della capacità di svolgere qualsiasi attività lavorativa. *(Si ricorda che su richiesta della Società, l'Aderente ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per valutare lo stato d'invalidità).*

Il sottoscritto chiede, in forza di quanto sopra dichiarato e documentato:

- la liquidazione della prestazione pensionistica sotto forma di capitale per una quota pari al ____ % nel limite previsto dall'art. 11, comma 3 del D.Lgs. 252/2005;
- l'erogazione della prestazione, per la restante parte, sotto forma di rendita immediata, pagabile in rate posticipate
- annuali
 - semestrali
 - trimestrali
 - mensili

ed in forma

- A) vitalizia: pagabile all'Aderente, finché in vita;
- B) vitalizia con 5 annualità certe: pagabile all'Aderente, finché in vita, ovvero al beneficiario sotto designato – fino al quinto anniversario del termine della fase di accumulo – se si verifica il decesso dell'Aderente prima di tale anniversario;
- C) vitalizia con 10 annualità certe: pagabile all'Aderente, finché in vita, ovvero al beneficiario sotto designato – fino al decimo anniversario del termine della fase di accumulo – se si verifica il decesso dell'Aderente prima di tale anniversario;
- D) vitalizia su due assicurati; pagabile all'Assicurato superstite nella misura del:
 - ____% in caso di morte dell'Aderente;
 - ____% in caso di morte del secondo assicurato, sotto designato.

Il sottoscritto designa, in ragione della prestazione pensionistica in forma di rendita prescelta, il beneficiario della prestazione di cui al punto B) o C) od il secondo assicurato della prestazione di cui al punto D) nella persona di

Nome _____ Cognome _____

Cod. Fisc. _____ Sesso M F nato a _____

Prov. _____ Il _____ residente in _____ Prov. _____

Via _____ Cap. _____

- chiede inoltre** che la misura annua minima di rivalutazione garantibile durante la fase di erogazione della rendita, comunicata dalla Compagnia, venga convertita in tasso tecnico di interesse riconosciuto, in via anticipata, in aumento dell'importo iniziale della rendita.

2. RISCATTO PARZIALE/TOTALE PER CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA O INVALIDITÀ PERMANENTE (senza maturazione dei requisiti per le prestazioni pensionistiche del P.I.P.)

2A) RISCATTO PARZIALE per cessazione dell'attività lavorativa che ha comportato l'inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi o ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria (senza maturazione dei requisiti per le prestazioni pensionistiche del P.I.P.)

Il sottoscritto dichiara di aver acquisito il diritto al riscatto parziale prima della maturazione della prestazione pensionistica individuale per i seguenti motivi:

- cessazione dell'attività lavorativa che ha comportato l'inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi;
- ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria;

e chiede il riscatto parziale della propria posizione individuale (nel limite del 50% della posizione individuale maturata)

- per una quota pari al ____ %
oppure
- per un importo di Euro _____ netti/lordi

ed allega:

- copia di un documento di identità;
 - copia del codice fiscale;
 - documentazione attestante la cessazione dell'attività lavorativa e la relativa decorrenza, ad esempio:
 - 1) se lavoratore dipendente: dichiarazione rilasciata dal datore di lavoro attestante la risoluzione del rapporto di lavoro;
 - 2) se attività svolta in forma individuale da lavoratore autonomo, libero professionista, imprenditore/piccolo imprenditore: copia della ricevuta della chiusura della partita IVA; cancellazione dall'albo professionale; certificato della Camera di commercio; ecc.
 - 3) se attività svolta in forma associativa o societaria da lavoratore autonomo, libero professionista, imprenditore/piccolo imprenditore: copia dell'atto di cessione quote della associazione o società; copia dell'atto di recesso dalla associazione o società; sentenza di fallimento, atto di scioglimento della associazione o società o di messa in liquidazione; ecc.
 - 4) se socio lavoratore di cooperativa: copia della lettera di accettazione del recesso da socio lavoratore della cooperativa; ecc.
- oppure
- documentazione attestante che la cessazione dell'attività lavorativa è avvenuta a seguito di risoluzione del rapporto di lavoro per mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria.

2B) RISCATTO TOTALE per invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo o cessazione dell'attività lavorativa che ha comportato l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi

Il sottoscritto dichiara di aver acquisito il diritto al riscatto totale con un anticipo superiore a 5 anni rispetto alla maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche complementari per i seguenti motivi:

- invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo;
- cessazione dell'attività lavorativa che ha comportato l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi.

Il sottoscritto, pertanto, chiede il riscatto totale della propria posizione individuale, **ed allega:**

- originale della polizza e delle relative appendici;
- copia di un documento di identità;
- copia del codice fiscale;
- documentazione sanitaria attestante l'invalidità dell'Aderente per riduzione permanente a meno di un terzo della capacità di svolgere qualsiasi attività lavorativa (si ricorda che su richiesta della Società, l'Aderente ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per valutare lo stato d'invalidità);

oppure

- documentazione attestante la cessazione dell'attività lavorativa e la relativa decorrenza, ad esempio:
 - 1) se lavoratore dipendente: dichiarazione rilasciata dal datore di lavoro attestante la risoluzione del rapporto di lavoro;
 - 2) se attività svolta in forma individuale da lavoratore autonomo, libero professionista, imprenditore/piccolo imprenditore: copia della ricevuta della chiusura della partita IVA; cancellazione dall'albo professionale; certificato della Camera di commercio; ecc.
 - 3) se attività svolta in forma associativa o societaria da lavoratore autonomo, libero professionista, imprenditore/piccolo imprenditore: copia dell'atto di cessione quote della associazione o società; copia dell'atto di recesso dalla associazione o società; sentenza di fallimento, atto di scioglimento della associazione o società o di messa in liquidazione; ecc.
 - 4) se socio lavoratore di cooperativa: copia della lettera di accettazione del recesso da socio lavoratore della cooperativa; ecc.

3. TRASFERIMENTO AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE

Il sottoscritto chiede il trasferimento della propria posizione alla seguente forma pensionistica complementare :

Denominazione _____,

iscrizione all'Albo tenuto da COVIP in data ___/___/____, con il numero _____

(non compilare in caso di fondo estero istituito ai sensi dell'art. 15-ter del D.Lgs. 252/2005)

luogo di esercizio dell'attività presso _____, con sede in:

Via _____ Città _____ Prov. _____ Cap. _____

Referente _____ Telefono n. _____ Telefax n. _____

ed allega:

- originale della polizza e delle relative appendici;
- copia di un documento di identità;
- copia del codice fiscale;
- documentazione attestante l'avvenuta modifica dell'attività lavorativa (solo entro 2 anni dalla stipula), per effetto della quale ha facoltà di accesso alla suddetta forma pensionistica complementare ai sensi dell'art. 14 c. 2, lett. a) del D.Lgs. 252/2005;
- copia modulo di adesione alla suddetta forma pensionistica complementare;
- codice identificativo (se attribuito) della posizione individuale aperta presso la suddetta forma pensionistica complementare.

4. MORTE DELL'ADERENTE

Il sottoscritto

Nome _____ Cognome _____

Cod. Fisc. _____ Sesso (M) (F) nato a _____

Prov. _____ Il _____ residente in _____ Prov. _____

Via _____ Cap. _____

comunica il decesso dell'Aderente, avvenuto in data ___/___/____ ed in qualità di:

- erede
- beneficiario

e, ai sensi dell'art. 14, comma 3, D.Lgs. 252/2005, **chiede la liquidazione** della posizione individuale maturata dall'Aderente,

ed allega:

- Originale della polizza e delle eventuali appendici;
- Copia di un documento di identità in corso di validità dell'erede/beneficiario;
- Copia del codice fiscale dell'erede/beneficiario;
- Certificato di morte dell'Aderente;
- Atto di notorietà reso innanzi a un Notaio o altro organo deputato a riceverlo (quale, ad esempio, un Cancelliere di un ufficio giudiziario o un Segretario Comunale), dal quale risulti se è stato redatto o meno testamento e se quest'ultimo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato. L'atto notorio inoltre dovrà riportare l'elenco di tutti gli eredi dell'Aderente, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, del loro rapporto di parentela, della capacità di agire di ciascuno di essi, nonché dell'eventuale stato di gravidanza della vedova. Viceversa, nel caso che siano designati beneficiari diversi dagli eredi, l'atto notorio dovrà indicare i dati anagrafici dei soggetti aventi diritto in qualità di beneficiari;
- Relazione del medico curante sulle cause del decesso redatta su apposito modello fornito dalla Società, debitamente compilato;

- In caso di morte violenta, documento rilasciato dall'autorità competente ed eventuale chiusa istruttoria da cui si desumano le precise circostanze del decesso (infortunio, suicidio, omicidio);
- Originale del decreto del Giudice Tutelare, se fra gli aventi diritto vi sono minori od incapaci, che autorizzi l'Esercente la potestà parentale od il Tutore alla riscossione della somma spettante ai minori od agli incapaci, indicando anche le modalità per il reimpiego di tale somma ed esonerando la Società da ogni responsabilità al riguardo.

5. ANTICIPAZIONE (nelle ipotesi previste dall'art. 11, comma 7, D.Lgs. 252/2005)

Il sottoscritto chiede un'anticipazione della propria posizione individuale

pari ad Euro _____ netti / lordi

corrispondente alla spesa sostenuta e documentata (come di seguito specificato) per i seguenti motivi:

- a)** spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge o ai figli per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche;
- b1)** acquisto della prima casa di abitazione per sé o per i figli (**decorsi otto anni di iscrizione a forme pensionistiche complementari**);
- b2)** interventi - di cui alle lettere a), b), c) e d) del primo comma dell'art. 3 del D.P.R. 380/2001 – per il recupero edilizio della prima casa di abitazione per sé o per i figli (**decorsi otto anni di iscrizione a forme pensionistiche complementari**);

Qualora il pagamento delle somme per le quali viene richiesta l'anticipazione ai punti b1) o b2) risulti effettuato solo dal coniuge dell'Aderente in regime di comunione legale dei beni, **il sottoscritto dichiara** che la richiesta viene presentata nel limite del 50% della spesa complessivamente sostenuta.

In tutti i casi sopra riportati (a, b1 e b2), l'anticipazione dovrà essere pari o inferiore, rispettivamente, alle spese sanitarie sostenute, al costo di acquisto dell'immobile e di esecuzione degli interventi di recupero edilizio.

- c)** ulteriori esigenze dell'Aderente (**decorsi otto anni di iscrizione a forme pensionistiche complementari**).

ed allega:

nel caso a)

- copia di un documento di identità;
- copia del codice fiscale;
- attestazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica (ASL) ove risulti la necessità e la straordinarietà della terapia o dell'intervento (anche in caso di terapie ed interventi effettuati privatamente);
- preventivo di spesa della prestazione.

Il sottoscritto si impegna inoltre, a completamento della documentazione già presentata, ad esibire entro dodici mesi dall'erogazione:

- fatture o ricevute fiscali comprovanti le spese effettivamente sostenute;
- dichiarazione dell'Aderente che lo stesso e gli altri componenti del nucleo familiare non hanno richiesto ed ottenuto, e si impegnano a non richiedere, rimborsi di spese per la medesima causale e per il medesimo importo oggetto dell'anticipazione da enti assistenziali e/o forme pensionistiche complementari o da assicurazioni private e/o dal Servizio Sanitario Nazionale.

nel caso b1)

- copia di un documento di identità;
- copia del codice fiscale;
- dichiarazione dell'Aderente attestante che lo stesso ed il coniuge (in regime di comunione di beni) non sono proprietari di alcun immobile ad uso abitativo costituente prima casa di abitazione (*se l'acquisto è per la prima casa del figlio, la dichiarazione rilasciata dall'Aderente deve essere riferita alla situazione del figlio*);
- dichiarazione dell'Aderente attestante l'intenzione di utilizzare quale prima casa di abitazione l'immobile da acquistare/costruire, con indicazione dell'ubicazione della stessa ed impegno a prendere ivi la residenza anagrafica (*se l'acquisto è per la prima casa del figlio, la dichiarazione rilasciata dall'Aderente dev'essere riferita alla finalità abitativa e relativa residenza del figlio*);

e la seguente documentazione (*se l'acquisto è per la prima casa del figlio, la documentazione dev'essere intestata al figlio*)

- in caso di acquisto: il contratto preliminare di acquisto;
- in caso di acquisto da cooperativa:
 - a. la dichiarazione della cooperativa da cui risulti quanto segue:
 - 1) il richiedente sia socio e prenotatario dell'alloggio;
 - 2) la data nella quale è avvenuta l'assegnazione provvisoria;
 - 3) il piano finanziario con il dettaglio dei versamenti;
 - b. l'atto di assegnazione dell'alloggio attestante l'impegno economico assunto;
- in caso di costruzione: la licenza di costruzione rilasciata dal Comune; copia del titolo di proprietà del terreno o del diritto ad edificare; progetto e preventivo di spesa.

Il sottoscritto si impegna inoltre, a completamento della documentazione già presentata, ad esibire entro dodici mesi dall'erogazione (*se l'acquisto è per la prima casa del figlio, la documentazione dev'essere intestata al figlio*):

- in caso di acquisto: copia dell'atto notarile di acquisto;
- in caso di costruzione: dichiarazione di fine lavori stilata dal responsabile tecnico e relativo consuntivo di spesa (in tal caso il termine è di 24 mesi).

nel caso b2)

- copia di un documento di identità;
- copia del codice fiscale;
- dichiarazione di dover realizzare uno degli interventi di cui alle lettere a), b), c) e d) del primo comma dell'art. 3 del D.P.R. 6 giugno 2001, n. 380 relativamente alla prima casa di abitazione, con indicazione dell'ubicazione della stessa, e più precisamente:
 - interventi edilizi di manutenzione ordinaria;
 - interventi edilizi di manutenzione straordinaria;
 - interventi edilizi di restauro o risanamento conservativo;
 - interventi di ristrutturazione edilizia.
- copia dell'atto di proprietà dell'immobile oggetto dell'intervento;
- copia della concessione, autorizzazione o della comunicazione di inizio lavori (se già rilasciati);
- descrizione dei lavori con la loro specifica sottoscritta da un professionista abilitato e preventivo della ditta esecutrice dei lavori;
- se la ristrutturazione riguarda parti condominiali: copia della delibera assembleare e copia del prospetto di riparto predisposto dal condominio.

Il sottoscritto si impegna inoltre, a completamento della documentazione già presentata, ad esibire entro dodici mesi dall'erogazione:

- copia della concessione, autorizzazione o della comunicazione di inizio lavori (se non consegnata);
- dichiarazione del direttore dei lavori attestante il completamento dell'intervento;
- documenti comprovanti la spesa sostenuta (fatture, ricevute, bonifici);
- se la ristrutturazione riguarda parti condominiali: copia dei pagamenti effettuati a favore del condominio stesso con l'avviso che essi devono corrispondere alla quota di pertinenza risultante dal prospetto di riparto.

nel caso c)

- copia di un documento di identità;
- copia del codice fiscale.

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 Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Il sottoscritto dichiara che l'ultimo premio corrisposto risulta quello relativo alla quietanza scaduta in data ___/___/___

Dichiarazione dei Premi versati nell'ultimo anno solare e/o frazione di anno solare, non dedotti in sede di dichiarazione dei redditi. In riferimento a quanto previsto dall'art. 8, comma 4, del D. Lgs. 252/2005 il sottoscritto dichiara di non aver dedotto (di non aver intenzione di dedurre) in sede di dichiarazione dei redditi i seguenti premi/contributi:

anno _____ importo _____ anno _____ importo _____

Codice fiscale del dichiarante _____ Firma del dichiarante _____

Qualora si tratti di polizza sottoposta a pegno, occorre revoca del pegno da parte del creditore pignoratizio.

Il sottoscritto attesta sotto la propria responsabilità che le dichiarazioni contenute nel presente modello, per la parte di proprio interesse, sono conformi al vero. Allega copia fotostatica della propria carta di identità.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto richiedente prende atto dell'Informativa ricevuta e, ai sensi degli artt. 23, 26 e 43 del D.Lgs.30/6/2003 n.196, acconsente

- al trattamento da parte del Titolare, nonché degli altri soggetti della Catena Assicurativa, dei dati personali sia comuni sia sensibili, che lo riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società Assicuratrice, nonché alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative o relative azioni legali;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero (Paesi UE o Paesi extra UE).

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

Data _____

Firma _____

(luogo)

(data)

(Firma del Richiedente)

Per l'autentica della firma e conferma dell'avvenuta contabilizzazione della rata di premio sopra indicata

(Firma dell'agente)

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾ (idonei, ad esempio, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾, ai relativi adempimenti normativi, nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾.

Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁷⁾.

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it), entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali sono comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it

Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy o presso il suo agente/intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni di informazione e promozione commerciale sui prodotti o servizi di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e delle altre società del Gruppo Unipol.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, nonché gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché di segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 5) Gruppo Assicurativo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo. Le società facenti parte del Gruppo Unipol sono visibili sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it).
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo, aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza, 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 il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri, UniSalute S.p.A. con sede in Bologna, via Larga, 8.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna - www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Mod. 1.11502.9GF - Edizione 01.2014