

**1) DATI DELL'ADERENTE**

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

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

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

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**2) RICHIESTA ANTICIPAZIONE**

Il sottoscritto, presa visione del documento sulle anticipazioni e del documento sul regime fiscale, chiede di conseguire un'anticipazione per spese sanitarie sulla posizione individuale maturata ai sensi dell'art. 11 comma 7, lett. a), D.Lgs. 252/2005 e art. 13 comma 1, lett. a), Statuto Fon.Te.

**BARRARE UNA SOLA OPZIONE:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ € (indicare l'importo netto richiesto)

\_\_\_\_\_ % (indicare la percentuale richiesta) (max 75%)

E a tal fine trasmette, oltre al presente modulo, la documentazione prevista.

**3) DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI**

Data 1a iscrizione a forme pensionistiche complementari: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4) COORDINATE BANCARIE (IBAN)**

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

Cod. Paese
Cod. Controllo
CIN
ABI (5 CARATTERI)
CAB (5 CARATTERI)
CONTO CORRENTE (12 CARATTERI ALFANUMERICI)

Banca Filiale: \_\_\_\_\_

Intestato a: \_\_\_\_\_

In mancanza di riferimenti bancari il Fondo provvederà all'invio di assegno circolare non trasferibile. Ritardi e rischi connessi alla spedizione dell'assegno sono a completo carico dell'iscritto, il quale è tenuto a sottoscrivere l'ESONERO DI RESPONSABILITA' (**Allegato 2**).

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO**

*Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta e la veridicità dei dati riportati nella documentazione allegata. È consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi. Il sottoscritto si impegna inoltre, entro i termini previsti nel "Documento sulle anticipazioni", a inviare al Fondo, in base al caso specifico di richiesta, copia conforme all'originale delle fatture (in caso di presentazione di preventivi di spesa) ed a restituire la differenza in caso di erogazione di un importo superiore rispetto alla documentazione fiscale prodotta. Il sottoscritto dichiara che sulle spese sanitarie richieste non ha fatto ricorso a Compagnia di assicurazione sanitaria integrativa. In caso contrario si impegna a richiedere esclusivamente le spese non coperte dalla stessa e allega le relative distinte. Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del Documento sulle anticipazioni del Fondo Fon.Te., pubblicato sul sito www.fondofonte.it. Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa in materia di protezione dei dati personali e sensibili ai sensi del GDPR.*

Data Compilazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Firma aderente: \_\_\_\_\_

**CONSENSO TRATTAMENTO DATI PERSONALI (Da sottoscrivere a cura del coniuge o dai figli esclusivamente per richiesta di anticipazione a lor favore):**

*Il sottoscritto, interessato del trattamento: dichiara di aver ricevuto l'informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n.196/2003, allegata al presente modulo, e acconsente al trattamento dei propri dati forniti.*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Firma \_\_\_\_\_

(in caso di figli minori sottoscrizione da parte di chi ne esercita la potestà genitoriale o ne ha la legale rappresentanza)

**INVIARE TRAMITE RACCOMANDATA A/R A: Fondo pensione Fon.Te. Via Marco e Marcelliano, 45- 00147 ROMA O IN ALTERNATIVA TRAMITE PEC all'indirizzo: [protocollofonte@legalmail.it](mailto:protocollofonte@legalmail.it)**

### **ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE – CONDIZIONI GENERALI DI EROGAZIONE**

L'anticipazione è concessa all'aderente per gravissime situazioni di salute relative a sé, al coniuge o ai figli per terapie e/o interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche.

Nella sezione 2 del modulo può essere indicato l'importo richiesto, in cifre oppure in percentuale, del montante maturato. L'importo indicato si intende al netto delle imposte. Nel caso in cui vengano erroneamente indicate entrambe le opzioni, il Fondo terrà in considerazione l'importo espresso in %.  
**L'ammontare minimo della anticipazione richiedibile al Fondo è fissato in € 2.000,00 (duemila/00) al lordo della fiscalità. Eventuali richieste ricevute dal Fondo di ammontare inferiore non saranno erogate.**

Le somme erogate a titolo di Anticipazione possono essere utilizzate anche per la copertura delle spese accessorie connesse alla terapia o all'intervento, purché debitamente documentate, quali le spese di viaggio e di soggiorno sostenute dall'aderente e quelle sostenute dal familiare per prestare assistenza all'aderente beneficiario della prestazione.

Qualora l'aderente abbia in corso un contratto di finanziamento notificato al Fondo, l'aderente deve produrre al Fondo la liberatoria della Società Finanziaria. In assenza della liberatoria l'anticipazione può essere liquidata nei limiti dei 4/5 del montante erogabile, a fronte della documentazione presentata per la prestazione richiesta ed il restante 1/5 rimarrà vincolato a favore dell'istituto mutuante.

Si ricorda che le somme percepite a titolo di anticipazione non possono mai eccedere, complessivamente, il 75% della posizione individuale tempo per tempo maturata, incrementata delle eventuali anticipazioni già percepite e non reintegrate. In caso di superamento di detto massimale, l'importo da erogare verrà automaticamente ridotto entro il limite consentito.

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE : si veda la tabella 1. riepilogativa dei documenti da inviare insieme al modulo.**

**IN CASO DI SPESE SOSTENUTE PER IL CONIUGE O I FIGLI: si veda la tabella 1.1 riepilogativa dei documenti da inviare insieme al modulo.**

**N.B: Il Fondo non è responsabile per le erogazioni effettuate in favore degli aderenti che dovessero successivamente risultare non legittimati a richiedere l'anticipazione ovvero nell'ipotesi che il richiedente non invii la documentazione fiscale.**

## TABELLA RIPEPILOGATIVA DEI DOCUMENTI DA INVIARE

<b>TABELLA 1) DOCUMENTAZIONE ANTICIPAZIONE SPESE SANITARIE</b>	
<b>DOCUMENTI DA ALLEGARE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE DELL'ADERENTE</li> </ul> <p><i>IN ALTERNATIVA</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CARTA D'IDENTITÀ ELETTRONICA</li> <li>• PASSAPORTO E CODICE FISCALE</li> <li>• PATENTE E CODICE FISCALE</li> </ul>	
<b>Documentazione relativa alla prestazione</b>	
<p>1) COMPILAZIONE ALLEGATO 1 DEL MODULO DI FON.TE. (DICHIARAZIONE DELLA STRUTTURA PUBBLICA COMPETENTE ASL, DEL MEDICO CURANTE ACCREDITATO O DI ISTITUTI O CLINICHE ACCREDITATI).</p> <p><i>IN ALTERNATIVA ALLA COMPILAZIONE DEL PREDETTO ALLEGATO:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CERTIFICAZIONE RILASCIATA DALLA STRUTTURA PUBBLICA COMPETENTE(ASL) O DAL MEDICO CURANTE ACCREDITATO O DA ISTITUTI O CLINICHE ACCREDITATI ATTESTANTE IL CARATTERE NECESSARIO ED ESTREMAMENTE GRAVE DELLA TERAPIA O DELL'INTERVENTO</li> </ul> <p>2) COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DI FATTURE/RICEVUTE FISCALI ATTESTANTI I COSTI EFFETTIVAMENTE SOSTENUTI EMESSE ENTRO 120 GIORNI PRECEDENTI LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA.</p> <p><i>IN ALTERNATIVA ALLE FATTURE/RICEVUTE FISCALI:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PREVENTIVI DI SPESA DI OPERATORI SPECIALIZZATI CON L'IMPEGNO DEL RICHIEDENTE A PRODURRE NON OLTRE 6 MESI DALL'EROGAZIONE DELL'ANTICIPAZIONE RICHIESTA, COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DELLE RELATIVE FATTURE O DELLE RICEVUTE FISCALI.</li> </ul> <p><b>NB QUALORA LE CURE SI DOVESSERO PROTRARRE OLTRE I 6 MESI DALLA DATA DI EROGAZIONE DELL'ANTICIPAZIONE, IL RICHIEDENTE SI IMPEGNA A FORNIRE LA DOCUMENTAZIONE DI CUI SOPRA NON APPENA DISPONIBILE.</b></p> <p>3) EVENTUALI DISTINTE DELLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE SANITARIA INTEGRATIVA.</p> <p>4) AUTODICHIARAZIONE PER EVENTUALI SPESE ACCESSORIE: STRETTA CONNESSIONE DELLE SPESE ALLA TERAPIA/INTERVENTO PER CUI SI E' RICHIESTA L'ANTICIPAZIONE.</p> <p>5) EVENTUALE ALL.2 AL MODULO DI RICHIESTA ANTICIPAZIONE IN CASO DI MANCANZA DI C/C BANCARIO.</p> <p>6) ALLEGATO 3 AL MODULO DI RICHIESTA ANTICIPAZIONE (ISCRIZIONE DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE).</p>	
<b>IN PRESENZA DI CESSIONE DEL V</b>	IN ASSENZA DI LIBERATORIA DELLA SOCIETA' FINANZIARIA VIENE EROGATO ALL'ADERENTE UN IMPORTO PARI AI 4/5 DEL MONTANTE DISPONIBILE ED IL RESTANTE 1/5 RIMARRA' VINCOLATO A FAVORE DELL'ISTITUTO MUTUANTE

Accedendo all'area riservata nella sezione SIMULAZIONE ANTICIPAZIONE è possibile effettuare una simulazione delle anticipazioni richiedibili e verificare l'importo massimo erogabile; l'importo potrebbe subire variazioni in fase di liquidazione in quanto la stima è basata sull'ultimo valore quota disponibile.

## TABELLA RIPEPILOGATIVA DEI DOCUMENTI DA INVIARE

<b>TABELLA 1.1) DOCUMENTAZIONE ANTICIPAZIONE SPESE SANITARIE PER IL CONIUGE O PER I FIGLI</b>	
<b>DOCUMENTI DA ALLEGARE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE DELL'ADERENTE E DEI FIGLI O DEL CONIUGE</li> </ul>	
<i>IN ALTERNATIVA</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CARTA D'IDENTITÀ ELETTRONICA DELL'ADERENTE E DEI FIGLI O DEL CONIUGE</li> <li>• PASSAPORTO E CODICE FISCALE DELL'ADERENTE E DEI FIGLI O DEL CONIUGE</li> <li>• PATENTE E CODICE FISCALE DELL'ADERENTE E DEI FIGLI O DEL CONIUGE</li> </ul>	
<b>Documentazione relativa alla prestazione</b>	
<p>1) COMPILAZIONE ALLEGATO 1 DEL MODULO DI FON.TE. (DICHIARAZIONE DELLA STRUTTURA PUBBLICA COMPETENTE ASL, DEL MEDICO CURANTE ACCREDITATO O DI ISTITUTI O CLINICHE ACCREDITATI).</p>	
<i>IN ALTERNATIVA ALLA COMPILAZIONE DEL PREDETTO ALLEGATO:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CERTIFICAZIONE RILASCIATA DALLA STRUTTURA PUBBLICA COMPETENTE(ASL) O DAL MEDICO CURANTE ACCREDITATO O DA ISTITUTI O CLINICHE ACCREDITATI ATTESTANTE IL CARATTERE NECESSARIO ED ESTREMAMENTE GRAVE DELLA TERAPIA O DELL'INTERVENTO</li> </ul>	
<p>2) COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DI FATTURE/RICEVUTE FISCALI ATTESTANTI I COSTI EFFETTIVAMENTE SOSTENUTI EMESSE ENTRO 120 GIORNI PRECEDENTI LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA.</p>	
<i>IN ALTERNATIVA ALLE FATTURE/RICEVUTE FISCALI:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PREVENTIVI DI SPESA DI OPERATORI SPECIALIZZATI CON L'IMPEGNO DEL RICHIEDENTE A PRODURRE NON OLTRE 6 MESI DALL'EROGAZIONE DELL'ANTICIPAZIONE RICHIESTA, COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DELLE RELATIVE FATTURE O DELLE RICEVUTE FISCALI.</li> </ul>	
<b>NB QUALORA LE CURE SI DOVESSERO PROTRARRE OLTRE I 6 MESI DALLA DATA DI EROGAZIONE DELL'ANTICIPAZIONE, IL RICHIEDENTE SI IMPEGNA A FORNIRE LA DOCUMENTAZIONE DI CUI SOPRA NON APPENA DISPONIBILE.</b>	
<p>3) EVENTUALI DISTINTE DELLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE SANITARIA INTEGRATIVA.</p> <p>4) AUTODICHIARAZIONE PER EVENTUALI SPESE ACCESSORIE: STRETTA CONNESSIONE DELLE SPESE ALLA TERAPIA/INTERVENTO PER CUI SI E' RICHIESTA L'ANTICIPAZIONE.</p> <p>5) DOCUMENTO ATTESTANTE IL RAPPORTO DI PARENTELA CON L'ADERENTE (STATO DI FAMIGLIA ORDINARIO, STATO DI FAMIGLIA ORIGINARIO/HISTORICO, AUTOCERTIFICAZIONE).</p> <p>6) EVENTUALE ALL.2 AL MODULO DI RICHIESTA ANTICIPAZIONE IN CASO DI MANCANZA DI C/C BANCARIO.</p> <p>7) ALLEGATO 3 AL MODULO DI RICHIESTA ANTICIPAZIONE (ISCRIZIONE DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE).</p>	
<b>IN PRESENZA DI CESSIONE DEL V</b>	<p>IN ASSENZA DI LIBERATORIA DELLA SOCIETA' FINANZIARIA VIENE EROGATO ALL'ADERENTE UN IMPORTO PARI AI 4/5 DEL MONTANTE DISPONIBILE ED IL RESTANTE 1/5 RIMARRA' VINCOLATO A FAVORE DELL'ISTITUTO MUTUANTE</p>

Accedendo all'area riservata nella sezione SIMULAZIONE ANTICIPAZIONE è possibile effettuare una simulazione delle anticipazioni richiedibili e verificare l'importo massimo erogabile; l'importo potrebbe subire variazioni in fase di liquidazione in quanto la stima è basata sull'ultimo valore quota disponibile.

**DICHIARAZIONE ASL O ALTRA STRUTTURA PUBBLICA COMPETENTE PER RICHIEDERE AL FONDO PENSIONE UNA ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE A SEGUITO DI GRAVISSIME SITUAZIONI RELATIVE A SÉ, AL CONIUGE E AI FIGLI PER TERAPIE E INTERVENTI STRAORDINARI RICONOSCIUTI DALLE COMPETENTI STRUTTURE PUBBLICHE**

Spett.le Fondo pensione **FON.TE.**

In relazione alla domanda presentata dal Vs. aderente:

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

al fine di ottenere un'anticipazione della posizione individuale maturata nel Fondo Pensione Fon.Te., come previsto dall'art.11, comma 7, lett. a), del D.Lgs. n° 252 del 2005;

**SI DICHIARA CHE**

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

(inserire il nome dell'aderente al Fondo Pensione o del familiare dell'aderente).

**DEVE SOSTENERE** terapie/interventi legati a gravissime situazioni ed aventi carattere straordinario necessario ed estremamente grave sotto il profilo medico ed economico.

oppure

**HA SOSTENUTO** terapie/interventi legati a gravissime situazioni ed aventi carattere straordinario necessario ed estremamente grave sotto il profilo medico ed economico.

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del medico **CONVENZIONATO CON IL SSN**

\_\_\_\_\_

**ISTRUZIONI**

- **La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante accreditato o da Istituti o Cliniche accreditate.**
- **Il Timbro e la firma della presente Certificazione sono obbligatori e devono consentire l'esatta identificazione del soggetto che ha attestato la situazione sanitaria; a tal fine la Certificazione può essere prodotta su carta intestata**
- **In caso di spese sostenute per il coniuge o i figli, allegare stato di famiglia o altro documento attestante il rapporto di parentela con l'aderente.**

**ESONERO DI RESPONSABILITA'**  
**NEL CASO IN CUI L'ISCRITTO NON ABBA UN CONTO CORRENTE PER**  
**L'ACCREDITO DELL'IMPORTO DOVUTO**

*Spett.le*

*Fondo pensione Fon.Te.*

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, io sottoscritto/a.....

nato/a..... Provincia .....il..... .CODICE FISCALE.....

**RICHIEDO**

CHE IL FONDO PENSIONE FON.TE. PROVVEDA AL PAGAMENTO DELLE MIE SPETTANZE MEDIANTE ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE DA INVIARE TRAMITE SERVIZIO POSTALE AL SEGUENTE INDIRIZZO:

NOME.....COGNOME.....

VIA/PIAZZA.....N.....CITTA'.....

.....PROV.....CAP.....

non disponendo di un conto corrente bancario e/o postale sul quale possa essere corrisposto quanto a me dovuto dal Fondo a seguito della richiesta di **ANTICIPAZIONE** della posizione individuale maturata, espressamente manifesto il mio consenso affermando che benché sia stato reso ben edotto da parte del Fondo dei rischi connessi alla spedizione, a mezzo posta, dell'assegno circolare non trasferibile sia per il ritardo che per l'eventuale sottrazione dell'assegno stesso,

**DICHIARO**

di esonerare il Fondo da ogni responsabilità comunque connessa all'invio dell'assegno circolare non trasferibile, a mezzo servizio postale, restando inteso sin d'ora che, ogni eccezione rimossa, io sottoscritto mi obbligo ad assumere personalmente ogni conseguenza, adoperandomi personalmente presso il servizio postale e presso ogni altra autorità, sopportandone anche i relativi costi e oneri di ogni specie, sia nell'espletamento richiesto e di ogni successivo adempimento, ma anche in particolar modo per la successiva fase della procedura di ammortamento del titolo di credito sottratto (o smarrito) e nelle eventuali relative cause di opposizione da parte di terzi, o comunque connesse alla sottrazione e/o alla perdita del titolo di credito, obbligandomi quindi a fare tutto quanto sarà ritenuto necessario affinché, da parte del Fondo, possa essere disposta una nuova procedura di pagamento.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione data prima iscrizione Previdenza Complementare**

(ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

di avere una posizione previdenziale aperta presso il

Fondo: \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo Covip: \_\_\_\_\_

A far data dal: \_\_\_\_\_

**DICHIARA, ALTRESI'**

di non aver mai esercitato la facoltà di riscatto presso il suddetto Fondo

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## INFORMATIVA

ai sensi dell'Articolo 13, D. Lgs. n. 196/2003

La presente informativa viene fornita, oltre che per rispondere a un preciso obbligo normativo, per fornirle, nel rispetto del principio di trasparenza, maggiori dettagli circa le attività di trattamento, aventi a oggetto i Suoi dati personali, effettuate da Fondo Pensione Fon.Te. e ove necessario, consentirLe di prestare il proprio consenso informato.

### 1. CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

**Fondo Pensione Fon.Te.**, con sede legale in Via Marco e Marcelliano, 45, 00147, Roma, in persona del proprio rappresentante legale *pro tempore* è il titolare del trattamento dei Suoi dati personali (il "Titolare" o "Fondo Fon.Te.").

### 2. COME CONTATTARE IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI?

Il Titolare ha nominato un responsabile della protezione dei dati ("**Data Protection Officer**" o "**DPO**") contattabile inviando una *e-mail* all'indirizzo di posta elettronica [privacy\\_dpo@fondofonte.it](mailto:privacy_dpo@fondofonte.it) ovvero scrivendo a:

Responsabile della protezione dei dati – *Data Protection Officer* (DPO)

c/o Fondo Pensione Fon.Te.

Via Marco e Marcelliano, 45

00147 – Roma

### 3. COS' È IL DATO PERSONALE?

Ai sensi del GDPR, per dato personale si intende: "*qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile; si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale*" (i "**Dati**").

Il GDPR definisce, altresì, le particolari categorie di dati personali, ossia "*i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*" (i "**Dati Sensibili**").

### 4. QUALI SONO LE FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI E LA RELATIVA BASE GIURIDICA?

Nell'ambito della gestione di ogni attività connessa al rapporto contrattuale con Lei instaurato, avente a oggetto le pratiche gestite da Fondo Fon.Te. (e.g., le richieste di anticipazione, di trasferimento e di cessione del quinto dello stipendio), quest'ultima entità raccoglie e tratta le seguenti tipologie di Dati:

- i dati anagrafici e identificativi (e.g., nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale);
- società di appartenenza;
- l'indirizzo di residenza, il recapito telefonico e l'indirizzo di posta elettronica;
- le coordinate bancarie (i.e., IBAN);
- in generale, ogni altro dato e informazione necessaria per il soddisfacimento delle richieste da Lei avanzate.



Inoltre, ai fini della gestione delle richieste che Lei potrebbe formulare, in ragione della propria adesione al Fondo Pensione Fon.Te., il Titolare potrebbe altresì trattare i Dati Sensibili a Lei riferiti, ossia le informazioni che rivelano il Suo stato di salute necessarie per dare seguito alle Sue richieste. Si precisa che l'acquisizione dei Suoi Dati e Dati Sensibili risulta essere necessaria ai fini dell'instaurazione e della gestione del rapporto contrattuale con Fondo Fon.Te oppure per consentire al Titolare l'erogazione di una serie di prestazioni in Suo favore.

In ogni caso, ci impegniamo ad assicurare che le informazioni raccolte e utilizzate siano appropriate rispetto le finalità descritte, e che ciò non determini un'invasione della Sua sfera personale.

In conformità con il dettato dell'art. 13 GDPR, riepiloghiamo nella seguente tabella le finalità di trattamento cui sono destinati i Suoi dati personali, nonché la natura obbligatoria o volontaria del conferimento degli stessi, le conseguenze di un Suo rifiuto di comunicarli e la base giuridica del trattamento effettuato dal Titolare.

<b>Finalità del trattamento</b>	<b>Natura obbligatoria o volontaria del conferimento dei dati personali</b>	<b>Conseguenze del rifiuto al conferimento dei dati personali</b>	<b>Condizione di liceità del trattamento</b>
Svolgimento di ogni attività necessaria ai fini della gestione del rapporto contrattuale e delle richieste da Lei formulate	Volontaria	Impossibilità di instaurare e proseguire il rapporto contrattuale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esecuzione del contratto di cui Lei è parte;</li> <li>• Con specifico riferimento al trattamento di Dati Sensibili, il Suo consenso espresso.</li> </ul>

## **5. A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI PERSONALI?**

Il Titolare potrà comunicare i Suoi Dati ai soggetti di cui si avvale per lo svolgimento delle attività relative alla gestione del rapporto contrattuale con Lei instaurato e al fine di soddisfare le richieste da Lei formulate.

In particolare, i Suoi Dati e i Suoi Dati Sensibili saranno trattati da ACCENTURE MANAGED SERVICES SPA che, sulla base di un apposito contratto stipulato con il Titolare, si è impegnata a svolgere le attività inerenti alla fornitura e manutenzione dei sistemi informativi all'interno dei quali sono censite i dati personali a Lei riferibili. L'elenco dei Responsabili del trattamento può essere richiesto contattando il DPO ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2.

Il Titolare, inoltre, potrà comunicare i Suoi dati personali ai soggetti cui la comunicazione sia dovuta in forza di obblighi di legge, a Pubbliche Amministrazioni, alle società di assicurazione e alla società che provvede alla gestione e archiviazione documentale.

In ogni caso, si precisa che i soggetti suindicati tratteranno i Suoi Dati e Dati Sensibili in qualità di autonomi titolari.

## **6. DOVE TRASFERIAMO I SUOI DATI?**

Fondo Fon.Te di norma non trasferisce i Suoi Dati al di fuori dell'Unione Europea.

## **7. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I SUOI DATI?**

I Dati a Lei riferibili saranno trattati da Fondo Fon.Te per tutta la durata del rapporto contrattuale e saranno conservati per un periodo di 11 anni dopo la cessazione di detto rapporto esclusivamente per finalità connesse all'adempimento di obblighi di legge o alla difesa di diritti di Fondo Fon.Te in sede giudiziaria.

## **8. QUALI SONO I SUOI DIRITTI IN QUALITÀ DI INTERESSATO DEL TRATTAMENTO?**

Durante il periodo in cui Fondo Fon.Te è in possesso dei Suoi Dati e Dati Sensibili Lei, in qualità di interessato del trattamento, può, in qualsiasi momento, esercitare i seguenti diritti:

- Diritto di accesso – Lei ha il diritto di ottenere la conferma circa l'esistenza o meno di un trattamento concernente i Suoi Dati e Dati Sensibili nonché il diritto di ricevere ogni informazione relativa al medesimo trattamento;
- Diritto alla rettifica – Lei ha il diritto di ottenere la rettifica dei Suoi Dati e Dati Sensibili in nostro possesso, qualora gli stessi siano incompleti o inesatti;
- Diritto alla cancellazione – in talune circostanze, Lei ha il diritto di ottenere la cancellazione dei Suoi dati personali presenti all'interno dei nostri archivi;
- Diritto alla limitazione del trattamento – al verificarsi di talune condizioni, Lei ha il diritto di ottenere la limitazione del trattamento concernente i Suoi Dati e Dati Sensibili;
- Diritto alla portabilità – Lei ha il diritto di ottenere il trasferimento dei Suoi Dati e Dati Sensibili in nostro possesso in favore di un diverso Titolare;
- Diritto di opposizione – Lei ha il diritto di opporsi al trattamento dei Suoi Dati e Dati Sensibili;
- Diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo – nel caso in cui Fondo Fon.Te si rifiuti di soddisfare le Sue richieste di accesso, verranno fornite le ragioni del relativo rifiuto. Se del caso, Lei ha il diritto di proporre reclamo così come descritto nel seguente paragrafo 9.

Lei può esercitare i Suoi diritti contattando il Titolare ai recapiti indicati al precedente paragrafo 1 ovvero il DPO all'indirizzo di posta elettronica [privacy\\_dpo@fondofonte.it](mailto:privacy_dpo@fondofonte.it).

## **9. COME PROPORRE UN RECLAMO?**

Qualora Lei desideri proporre un reclamo in merito alle modalità attraverso cui i Suoi Dati e Dati Sensibili sono trattati da Fondo Fon.Te, ovvero in merito alla gestione di un reclamo da Lei proposto, Lei ha il diritto di presentare un'istanza direttamente all'Autorità di controllo.