

Da inviare a

FONDO PENSIONE APERTO UNIPOLSAI PREVIDENZA FPA

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A. – Direzione Vita – Previdenza

Via Stalingrado, 45 40128 Bologna BO

### 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 \_\_\_\_\_

ATTENZIONE: In caso di adesione individuale compilare in ogni sua parte l'AUTOCERTIFICAZIONE CRS (Allegato Mod. CRS PF FPA PIP FIP) - compreso domicilio anche se coincidente con la residenza - e allegare sempre un documento d'identità in corso di validità.

**CHIEDE AI SENSI DELL' ART. 11 COMMA 7 D. LGS 252/2005**

di conseguire un'anticipazione della prestazione individuale maturata nella misura di seguito indicata  
*(l'importo anticipato **NON** potrà mai eccedere la spesa sostenuta che dovrà essere giustificata allegando tutti i documenti così come previsto dalla normativa vigente)*

\_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_ € (L' importo indicato deve essere considerato al lordo delle imposizioni fiscali vigenti)

**Può essere indicato alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in percentuale del montante maturato.**

**In caso di duplice compilazione sarà liquidato l'importo espresso in percentuale**

per:

- 1. spese sanitarie** per terapie e/o interventi straordinari per sé, il coniuge o per i figli, riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche (in qualsiasi momento, per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata al netto delle anticipazioni precedenti già erogate).

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

- attestazione, da parte della competente struttura pubblica o da Istituti e Cliniche accreditate, della straordinarietà delle terapie e degli interventi attinenti gravissime situazioni (**Allegato A**);
- fatture e ricevute fiscali attestanti le spese effettivamente sostenute da non più di 12 mesi dalla data della richiesta.  
Nel caso in cui si proceda all'erogazione della anticipazione prima che sia stata effettivamente sostenuta la relativa spesa, la richiesta deve essere corredata da un preventivo di spesa. In questo caso l'aderente è tenuto a fornire le fatture e ricevute fiscali attestanti le spese effettivamente sostenute entro 12 mesi dall'erogazione dell'anticipazione;
- copia del certificato di stato di famiglia, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela in caso di spese sostenute per il coniuge e/o per i figli;
- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del soggetto richiedente e del soggetto in relazione al quale si chiede l'anticipazione;
- 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) – compilazione obbligatoria in caso di adesione su base individuale (**Allegato Mod.CRS\_PF\_FPA\_PIP\_FIP**).

- **2. acquisto della prima casa di abitazione** per sé, per i figli o per il coniuge (decorsi 8 anni di iscrizione alla forma pensionistica, per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata al netto delle anticipazioni precedenti già erogate).

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

- certificato/autocertificazione da cui risulti la residenza anagrafica nel comune ove è ubicato l'immobile in oggetto; in caso di acquisto in itinere, per la trasmissione di tale documento, vale il termine di 12 mesi dalla data di erogazione dell'anticipazione;
- in caso di acquisto da terzi copia dell'atto notarile di compravendita ovvero, in caso di acquisto in itinere, copia del contratto preliminare di compravendita registrato presso l'Agenzia delle Entrate. L'Anticipazione può essere richiesta non oltre 12 mesi dal perfezionamento dell'acquisto o dall'assegnazione dell'alloggio limitatamente agli acquisti in cooperativa. In questo secondo caso, il rogito notarile deve essere trasmesso alla forma pensionistica entro 12 mesi dalla data di erogazione dell'importo liquidato a titolo di anticipazione;
- in caso di acquisto in cooperativa occorre produrre l'estratto della delibera del consiglio di amministrazione della cooperativa attestante l'assegnazione dell'alloggio e la documentazione dei pagamenti già sostenuti. Tale documentazione provvisoria deve essere fornita nella versione definitiva, entro 12 mesi dalla data di erogazione dell'anticipazione, con copia dell'atto notarile di assegnazione dell'alloggio;
- in caso di costruzione in proprio occorre produrre copia della concessione edilizia rilasciata dal Comune e del titolo di proprietà del terreno ed, entro 12 mesi dalla erogazione dell'anticipazione, copia della domanda di accatastamento;
- in caso di acquisto della prima abitazione per i figli, occorre produrre copia del certificato di stato di famiglia, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela;
- in caso di acquisto della prima abitazione da parte del coniuge, occorre produrre copia del certificato di matrimonio attestante il regime di comunione dei beni;
- autocertificazione attestante il possesso dei requisiti previsti in caso di acquisto "prima casa" (**Allegato B** se l'acquirente è l'aderente stesso o **Allegato C** se l'acquirente è il figlio dell'aderente);
- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del soggetto richiedente e del soggetto in relazione al quale si chiede l'anticipazione;
- 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) – compilazione obbligatoria in caso di adesione su base individuale (**Allegato Mod. CRS\_PF\_FPA\_PIP\_FIP**).

- **3. interventi di manutenzione, restauro, risanamento e ristrutturazione** di cui alle lettere a) b) c) d) art. 3 c. 1 del D.P.R. N. 380/2001 relativamente alla prima casa di abitazione per sé, per i figli o per il coniuge (decorsi 8 anni di iscrizione alla forma pensionistica, per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata al netto delle anticipazioni precedenti già erogate).

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

- copia dell'atto attestante la proprietà dell'immobile da ristrutturare;
- se gli interventi riguardano parti comuni dell'immobile, copia della delibera assembleare e della tabella millesimale di ripartizione delle spese;
- copia della concessione, dell'autorizzazione ovvero della comunicazione di inizio lavori, se previste dalla normativa edilizia;
- copia delle fatture o ricevute fiscali intestate all'interessato o al condominio attestanti le spese sostenute ovvero i preventivi di spesa nonché copia dei bonifici bancari o delle quietanze a comprova dell'avvenuto pagamento: dalla ricevuta deve risultare la casuale del versamento ed il beneficiario. L'Anticipazione può essere richiesta non oltre 12 mesi dal pagamento dell'intervento effettuato. Nel caso di richiesta di anticipazione su presentazione di preventivo, resta inteso che aderente si impegna a presentare copia delle fatture o delle ricevute fiscali entro 12 mesi dall'erogazione dell'anticipazione;
- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del soggetto richiedente e del soggetto in relazione al quale si chiede l'anticipazione;
- in caso di interventi relativi alla prima casa di abitazione per i figli occorre produrre copia del certificato di stato di famiglia, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela;
- in caso di interventi relativi alla prima casa di abitazione intestata al coniuge, occorre produrre copia del certificato di matrimonio attestante il regime di comunione dei beni;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione del requisito prima casa dell'immobile da ristrutturare;



**DICHIARAZIONE CONTRIBUTI VERSATI E NON DEDOTTI**

Il/la sottoscritto/a,

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

Codice Fiscale

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

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

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

Luogo e data

Firma dell'Aderente  
(ovvero del Legale Rappresentante)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ATTENZIONE:**

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

**Allegato A**

**Dichiarazione rilasciata dalla AZIENDA SANITARIA LOCALE**

**(La dichiarazione può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da Istituti o Cliniche accreditate con l'Azienda Sanitaria Locale)**

al FONDO PENSIONE APERTO **UNIPOLSAI PREVIDENZA FPA**

n° adesione \_\_\_\_\_

In relazione alla domanda presentata dal Vostro aderente Sig./Sig.ra

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

Codice Fiscale 

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

in data \_\_\_\_\_ tesa ad ottenere l'anticipazione di contributi accumulati nel Fondo ai sensi **dell'art.11, comma**

**7 lett. a del D.Lgs. 252/2005** per

l'aderente medesimo;

il coniuge;

i figli;

(barrare una sola casella)

si riconosce che:

l'aderente;

il coniuge;

i figli;

(barrare una sola casella)

ha/hanno necessità di sottoporsi ad un intervento per: \_\_\_\_\_

e dovrà/dovranno sostenere spese sanitarie per terapie dovute a gravissime situazioni di salute aventi carattere di straordinarietà.

Luogo e data

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Allegato C****Dichiarazione dell'aderente**al FONDO PENSIONE APERTO **UNIPOLSAI PREVIDENZA FPA**

n° adesione \_\_\_\_\_

ai sensi del D.Lgs 05/12/2005 n° 252/05 – art. 11 – comma 7, lettera b)

Il/la sottoscritto/a,

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

Codice Fiscale 

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

al fine di ottenere l'anticipazione richiesta della posizione previdenziale maturata nel Fondo Pensione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ per l'acquisto della prima casa di abitazione per il figlio, dietro personale  
responsabilità,

**D I C H I A R A**

che il figlio

Codice Fiscale 

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

<input type="checkbox"/>	non risulta né uniproprietario né comproprietario di alcun immobile ad uso abitativo;
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"><li>- risulta attualmente proprietario di altro immobile acquistato usufruendo delle agevolazioni fiscali previste per la prima casa;</li><li>- procederà, entro un anno dall'acquisto della nuova casa, a vendere il suddetto immobile e SI IMPEGNA</li></ul> ad adibire a " <i>prima casa di abitazione</i> " l'immobile per il quale richiede l'anticipazione in parola e trasmettere al Fondo Pensione la documentazione comprovante l'avvenuto acquisto (rogito notarile) nonché il certificato di residenza della nuova abitazione.

**Dichiara inoltre:**

di impegnarsi a consegnare al figlio l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nella pagina successiva.

Luogo e data

Firma dell'Aderente

(ovvero del Legale Rappresentante)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Informativa all'interessato sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti**

Ai sensi dell'Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), e in relazione ai dati personali che Lei ci fornisce, La informiamo di quanto segue.

**QUALI DATI RACCOGLIAMO**

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, estremi documento di riconoscimento e riferimenti bancari), che Lei stesso od altri soggetti<sup>(1)</sup> ci fornisce; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali<sup>(2)</sup> (idonei, ad esempio, a rivelare il Suo stato di salute), qualora siano indispensabili per consentire alla nostra Società di procedere alle richieste di liquidazione/anticipazione di prestazioni derivanti da polizze Vita e/o forme pensionistiche complementari.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per la gestione ed esecuzione di quanto sopra<sup>(3)</sup>; 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<sup>(4)</sup>. In assenza di tali dati non saremmo in grado di procedere alla liquidazione come da Sua richiesta.

**PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI**

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività liquidativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo<sup>(5)</sup>. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività. 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<sup>(6)</sup> o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>(4)</sup>. 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.

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto se necessari per la fase liquidativa e dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso<sup>(7)</sup>.

**COME TRATTIAMO I SUOI DATI**

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti 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 che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto<sup>(8)</sup>.

I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali e assicurativi (di regola, 10 anni).

**QUALI SONO I SUOI DIRITTI**

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare. Le ricordiamo, inoltre, che può sempre revocare il Suo consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono (come l'utilizzo di dati relativi alla salute), ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca. Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ([www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it)) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito [privacy@unipolsai.it](mailto:privacy@unipolsai.it) al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (6). Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi al Garante Privacy, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

**Note**

- 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) 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, che possono essere trattati, senza il consenso dell'interessato, per finalità autorizzate a livello normativo e nel rispetto delle disposizioni legge e/o dell'autorizzazione generale n. 7 del Garante.
- 3) Ad esempio, per la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, 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'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 4) 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 anticiclaggio 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.
- 5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio, Linear S.p.A. e Unisalute S.p.A., ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it).
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it)) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, 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; legali; investigatori privati; 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 (come ad es. CONSAP); 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 la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.
- 7) Resta inoltre fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazione difensiva e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti e fraudolenti.
- 8) 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.



## 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 dichiara 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 (barrare la voce che non interessa)	Numero di Polizza FIP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Soggetto incaricato del collocamento

<input type="text"/>
----------------------

### Il sottoscritto in qualità di Aderente/Contraente e/o Avente diritto alle prestazioni previdenziali (barrare le voci che non interessano)

Cognome e Nome	Sesso	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia di nascita Stato di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Documento di riconoscimento

Tipo	Numero	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di rilascio	Data di scadenza	Autorità
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Località di rilascio	Provincia	Stato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Numero di telefono con prefisso internazionale (se presente)

<input type="text"/>
----------------------

### Residenza anagrafica

Indirizzo	Comune	Cap
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Località	Provincia	Stato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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')

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 <sup>2</sup> (allegare una fotocopia)																			
	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO																				
	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO																				
	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> 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.

### UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



Sede Legale: via Stalingrado, 45- 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584  
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo 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 delle società capogruppo al n. 046  
[www.unipolsai.com](http://www.unipolsai.com) - [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it)