



Domanda iscrizione Nuovo Fondo di Mutualità del coniuge o della parte dell'unione civile o del convivente del dipendente o del pensionato del Gruppo Poste Italiane S.p.A. - 1/3

Il modulo compilato, sottoscritto e corredato da un documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario, deve essere inviato all'INPS - Direzione centrale Credito, Welfare e Strutture sociali - Area Politiche di Assistenza e Inclusione sociale per gli iscritti ai fondi mutualistici - con una delle seguenti modalità:

- Raccomandata A/R all'indirizzo: Viale Aldo Ballarin, 42 - 00142 Roma
- PEC all'indirizzo: dc.creditowelfarestrutturesociali@postacert.inps.gov.it (raggiungibile solo da altra casella PEC).

● Dati richiedente lo sottoscritto/a

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV

STATO CITTADINANZA

RESIDENTE IN PROV STATO

INDIRIZZO CAP

TELEFONO*

CELLULARE

EMAIL

PEC*

* Dati facoltativi

in qualità di:

- coniuge o parte dell'unione civile convivente

di: cognome nome
codice fiscale

● Chiedo di essere iscritto al Nuovo Fondo di Mutualità.

Il capitale è pari a quello sottoscritto dal titolare e mi dà diritto allo stesso numero di prestazioni (sussidi), ma non genererà riserva matematica da riscattare.

● Dichiaro di essere a conoscenza delle disposizioni dello Statuto del Nuovo Fondo, consultabile sul sito dell'INPS, digitando: Iscrizione al Nuovo Fondo di Mutualità - sezione Domanda.

● Allego:

- copia di un mio documento di riconoscimento in corso di validità.

(allegare i seguenti documenti se ricorre il caso)

- se convivente, certificato di residenza o autocertificazione (compilando il modulo MV68 reperibile sul portale dell'INPS > Moduli)
- se richiedente di età pari o superiore a 60 anni, certificato medico rilasciato dalla ASL o da Ospedale Militare, che attesti lo stato di salute e l'eventuale presenza di malattie croniche o in fase di cura.

Domanda iscrizione Nuovo Fondo di Mutualità del coniuge o della parte dell'unione civile o del convivente del dipendente o del pensionato del Gruppo Poste Italiane S.p.A. - 2/3

● Statuto del Nuovo Fondo (articoli che regolano l'iscrizione)

Articolo 2 - Iscrizione

- I. l'iscrizione al Nuovo Fondo di Mutualità è consentita per capitali predefiniti che partono da euro 1.000,00 fino ad un massimo di capitale sottoscrivibile di euro 10.000,00
- II. i contributi mensili da corrispondere per l'iscrizione al Nuovo Fondo sono determinati da: età, sesso e stato (dipendente o pensionato)
- III. il contributo mensile è composto dalle seguenti tre componenti:
 - "premio di assicurazione", relativo ad una forma assicurativa a vita intera a premio vitalizio e variabile in funzione dell'età al momento della sottoscrizione e del capitale prescelto, del sesso e se dipendente o pensionato
 - "premio danni", destinato alla copertura delle provvidenze erogate e determinato in misura fissa in base allo "stato" di appartenenza al momento dell'iscrizione (dipendente o pensionato)
 - "quota associativa mutualità", avente come obiettivo quello di raccogliere risorse da destinare alla copertura delle prevedibili spese di gestione
- IV. è consentito il transito agli iscritti della vecchia Gestione al Nuovo Fondo, scegliendo liberamente un nuovo capitale da sottoscrivere, che determinerà una nuova quota premio mensile. Il valore di riscatto della vecchia polizza verrà assorbito dal Nuovo Fondo ed andrà a cumularsi con la riserva che si genererà nella nuova gestione
- V. non è data facoltà di essere iscritti ad entrambe le Gestioni
- VI. è consentita anche l'iscrizione al coniuge o al convivente in modo stabile dell'iscritto, sia dipendente che pensionato. Il rapporto, tuttavia, intercorre esclusivamente tra Istituto Postelegrafonici e dipendente o pensionato, sulla cui busta paga o pensione verranno addebitate le quote premio mensili di iscrizione
- VII. ai pensionati è consentita l'iscrizione per un capitale massimo pari a euro 1.500,00
- VIII. per tutti i nuovi iscritti con età pari o superiore a 60 anni, all'atto dell'iscrizione si richiederà un certificato medico rilasciato dalla ASL o da Ospedale Militare, che attesti lo stato di salute e l'eventuale presenza di malattie croniche o in fase di cura. Nel caso in cui nel certificato medico venga dichiarata una qualsivoglia patologia, per quest'ultima è escluso alcun tipo di sussidio.

Articolo 3 - Età d'iscrizione

- I. le iscrizioni sono consentite al personale di cui all'art. 1, purché libero da obblighi militari di leva, che non abbia superato il 75° anno d'età.

Articolo 4 - Modalità d'iscrizione

- I. per ottenere l'iscrizione deve essere presentata domanda redatta sugli appositi modelli forniti dall'Istituto, il quale ha facoltà di richiedere documenti che reputa indispensabili
- II. all'iscritto viene rilasciato un certificato d'iscrizione indicante la decorrenza della medesima, il capitale sottoscritto e l'indicazione della quota premio mensile nonché gli eredi in caso di premorienza
- III. l'iscrizione decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda.

● **Dichiaro** di accettare e sottoscrivere gli articoli sopra riportati e tutti gli altri articoli citati nello Statuto del Nuovo Fondo di Mutualità.

● Dichiarazione di responsabilità

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo e i documenti ad esso allegati rispondono a verità.

Sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (articoli 48, 73, 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000).

Data

Firma del richiedente

Domanda iscrizione Nuovo Fondo di Mutualità del coniuge o della parte dell'unione civile o del convivente del dipendente o del pensionato del Gruppo Poste Italiane S.p.A. - 3/3

● Autorizzazione titolare del Nuovo Fondo di Mutualità lo sottoscritto/a

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE			
NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>	A	<input type="text"/>
		PROV	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>	CITTADINANZA	<input type="text"/>
RESIDENTE IN	<input type="text"/>	PROV	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>
INDIRIZZO	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
TELEFONO*	<input type="text"/>		
CELLULARE	<input type="text"/>		
EMAIL	<input type="text"/>		

* Dati facoltativi

● Mi impegno a corrispondere i contributi relativi all'iscrizione al Nuovo Fondo di Mutualità di:

cognome _____ nome _____, quale coniuge o parte dell'unione civile o convivente, tramite addebito sul mio trattamento stipendiale o pensionistico.

● Autorizzo esplicitamente ed irrevocabilmente gli uffici pagatori dell'Amministrazione del Gruppo Poste Italiane S.p.A. e INPS, a prelevare dal mio trattamento stipendiale o pensionistico, i contributi mensili e ogni altra somma dovuta a qualsiasi titolo all'INPS a fronte della predetta iscrizione, nonché a versare al medesimo, con trattenuta in unica soluzione, eventuali quote arretrate.

● Allego copia di un mio documento di riconoscimento in corso di validità.

● Dichiarazione di responsabilità

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo e i documenti ad esso allegati rispondono a verità.

Sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (articoli 48, 73, 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000).

Data _____

Firma del titolare del Fondo _____

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

L'INPS, in qualità di Titolare del trattamento, con sede legale in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, la informa che i dati personali forniti nell'ambito del procedimento che la riguarda, compresi quelli di cui agli articoli 9 e 10 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito, "Regolamento UE"), sono trattati in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE medesimo e dal decreto legislativo 196 del 2003, e successive modifiche ed integrazioni, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", al fine di definire la domanda e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse o per garantire il rispetto di obblighi di legge. Il trattamento dei suoi dati personali potrà avvenire mediante l'utilizzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza nel rispetto delle indicazioni previste dal Regolamento UE, a partire da quanto indicato agli articoli da 5 a 11, e sarà svolto da dipendenti dell'Istituto appositamente autorizzati ed istruiti. Solo eccezionalmente, i suoi dati potranno essere conosciuti e trattati da soggetti che, nel fornire specifici servizi o svolgere attività strumentali per conto dell'INPS, operano in qualità di Persone autorizzate o Responsabili del trattamento designati dall'Istituto, nel rispetto e con le garanzie a tale scopo indicate dal Regolamento UE. I suoi dati personali potranno essere diffusi esclusivamente se ciò sia previsto dalla base giuridica per cui si procede e, in linea con tale requisito, è altresì ammessa la comunicazione di selezionati dati oggetto di trattamento dall'INPS ad altri soggetti pubblici o privati; si tratta di autonomi Titolari del trattamento, che possono operare nei limiti strettamente necessari per la sola finalità per cui si è operata la comunicazione. Il conferimento dei dati non indicati con asterisco è obbligatorio, poiché previsto dalle leggi, dai regolamenti o dalla normativa comunitaria, che disciplinano la prestazione e gli adempimenti ad essa connessi; la mancata fornitura dei dati richiesti può comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti, oltre che, in taluni casi individuati dalla normativa di riferimento, anche l'applicazione di sanzioni. Alcuni trattamenti effettuati dall'INPS, per le finalità elencate in precedenza, possono prevedere il trasferimento dei dati personali all'estero, all'interno e/o all'esterno dell'Unione Europea. Qualora ciò sia necessario, l'INPS nel garantire il rispetto del Regolamento UE (articolo 45), procede al trasferimento dei dati soltanto verso quei paesi che garantiscono un adeguato livello di protezione degli stessi. Nei casi previsti, lei ha il diritto di opporsi al trattamento o ad ottenere dall'INPS, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali che la riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento: l'esercizio dei diritti di cui agli articoli 15 e seguenti del Regolamento UE può essere effettuato presentando apposita richiesta all'INPS, tramite il Responsabile della protezione dei dati, all'indirizzo: INPS - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Ciriaco De Mita, 21, 00144, Roma, oppure all'indirizzo di posta elettronica certificata, reperibile sul sito istituzionale alla voce "Ufficio per le attività del Responsabile della protezione dei dati". Qualora ritenga che il trattamento di dati personali che la riguardano sia effettuato dall'INPS in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (articolo 77 del Regolamento UE) o di adire le opportune sedi giudiziarie (articolo 79 Regolamento UE). Ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati e ai diritti che le sono riconosciuti possono essere reperite sul sito dell'INPS, "Informazioni sul trattamento dei dati personali degli utenti dell'INPS, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679", oppure sul sito del Garante per la protezione dei dati personali.