

**POLIZZA TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL
CASO DI MORTE E DI INABILITA' PERMANENTE
PRESTAZIONI AGGIUNTIVE**

Io Sottoscritt _____
(cognome e nome)

Codice Fiscale _____

Nat__ a _____ Il _____
(Comune e provincia)

Dipendente della Società _____ Matricola n. _____

N.tel./cellulare _____ E-mail _____

aderente all'Ambito del Fondo Pensioni:

☐ **BP** ☐ **BPL** ☐ **BPN** ☐ **CB+LUPILI**

con riferimento alla polizza in oggetto:

DICHIARO

di non aver maturato un'anzianità contributiva minima per beneficiare della Pensione Obbligatoria INPS¹ e di avere familiari a carico² ai sensi della normativa INPS tempo per tempo vigente

mi IMPEGNO

ad informare di ogni variazione delle circostanze sopradescritte

DICHIARO di aver preso visione ed accettato l'estratto di Polizza che regola la Polizza in oggetto, messo a disposizione sul sito web <https://www.fondopensionibancopopolare.it/> nella sezione Documenti

DICHIARO di aver preso atto dell'informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 pubblicata sul sito del Fondo nella sezione Privacy

ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali, anche se sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima citati.

In fede.

(luogo e data)

(firma leggibile)

(1) 5 anni di contribuzione

(2) Familiari a carico secondo la normativa INPS:

- i figli o equiparati anche se non conviventi: di età inferiore a 18 anni, apprendisti o studenti di scuola media inferiore (fino a 21 anni), universitari (fino a 26 anni e nel limite del corso legale di laurea), inabili al lavoro (senza limiti di età);
- i fratelli, le sorelle e i nipoti, conviventi: di età inferiore a 18 anni, apprendisti o studenti di scuola media inferiore (fino a 21 anni), universitari (fino a 26 anni e nel limite del corso legale di laurea), inabili al lavoro (senza limiti di età).