

**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 e del fascicolo Informativo che regolano la Polizza in oggetto, messi a disposizione sul sito web <https://www.fondopensionibancopopolare.it/> nella sezione Norme e Moduli;

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).