FISDE

Fondo Integrativo Sanitario per i Dipendenti del Gruppo ENEL

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL FISDE □ IN QUALITÁ DI SOCIO STRAORDINARIO oppure □ PROVVISORIA E CON RISERVA

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....

il ..... residente a (indicare: città, via e numero civico, C.A.P.) .....

Cod. Fisc. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| tel. .....

cell. ..... e-mail .....

CHIEDE

l'iscrizione al Fondo Integrativo Sanitario per i Dipendenti del Gruppo Enel ("FISDE"), in qualità di Socio Straordinario. A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara:

1. che alla data di cessazione dal servizio, avvenuta il ..... dipendeva dalla società .....
   1. ed era Socio Ordinario del FISDE;
   2. e non era più Socio Ordinario del FISDE, poiché dipendente da società il cui rapporto di convenzionamento con FISDE è cessato il .....
2. di essere divenuto, dopo la cessazione dal servizio, senza soluzione di continuità, titolare di pensione diretta a carico (barrare):
   - □ dell'evidenza contabile separata costituita nell'ambito del Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti (ex Fondo di Previdenza Elettrici – FPE); dell'INPDAP
   - □ di AGO/Fondo Pensione Lavoratori Dipendenti (FPLD), con un'anzianità di iscrizione come Socio Ordinario FISDE pari ad almeno 20 anni o con un'anzianità di servizio effettiva nell'ambito delle società del gruppo Enel pari ad almeno 20 anni[1)]
   - □ di AGO Fondo Pensione Lavoratori Dipendenti (FPLD), con un'anzianità di iscrizione come Socio Ordinario FISDE pari ad almeno 15 anni o con un'anzianità di servizio effettiva nell'ambito delle società del gruppo Enel pari ad almeno 15 anni, con pagamento di una quota associativa maggiorata[1)]
3. di conoscere lo Statuto ed i Regolamenti che disciplinano l'attività del FISDE;
4. di essere a conoscenza che, in base alla normativa vigente, ai fini del rinnovo annuale (1 gennaio-31 dicembre di ciascun anno):
   a) l'iscrizione - mediante pagamento della quota associativa annuale - dovrà essere effettuata entro il 30 giugno di ciascun anno per conservare il diritto alla continuità delle prestazioni;
   b) il ritardo oltre il predetto termine del 30 giugno, comporterà il pagamento della quota annuale con una maggiorazione del 50% nel caso di versamento effettuato entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento, con diritto alle prestazioni dal momento del versamento della quota e della maggiorazione;
   c) il ritardo oltre il termine del 31 dicembre dell'anno di riferimento comporta il pagamento di tutte le quote associative pregresse maggiorate ciascuna nella misura del 100% e di quella dell'anno corrente nell'importo base, con decorrenza delle prestazioni dalla data del pagamento.

   Perdono definitivamente la qualifica di Soci Straordinari coloro che non abbiano provveduto al rinnovo annuale dell'iscrizione entro il 30 giugno del secondo anno successivo a quello di riferimento.

Il/la sottoscritto/a si impegna fin d'ora a reintegrare il FISDE, in relazione alle spese sostenute dal Fondo (riguardanti tutte le prestazioni eventualmente pagate), qualora non presenti, entro 6 mesi dalla sottoscrizione della presente dichiarazione, copia della prima pagina della lettera di comunicazione di liquidazione della pensione.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati relativi alla propria residenza, telefono, dati bancari.

Si allega la seguente documentazione:

□ copia della prima pagina della lettera INPS di comunicazione di liquidazione della pensione;

□ fotocopia della ricevuta di versamento della quota di iscrizione[2)] sul c/c postale n. 95885000 intestato al FISDE, via Nizza 152, 00198 ROMA

□ Il sottoscritto non avendo, allo stato, ancora ricevuto copia della prima pagina della lettera di liquidazione della pensione, si impegna a produrre la stessa entro 6 mesi dalla data odierna

Data _____ Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI artt.6,7,8 e 9 Regolamento UE 2016/679

Il sottoscritto presa visione dell'Informativa Generale Privacy (presente sul sito internet del FISDE) che dichiara di aver letto, esprime il proprio consenso, in maniera consapevole, affinché i propri dati personali siano oggetto di trattamento e comunicazione secondo le modalità, finalità e nei limiti di cui alla sopra richiamata informativa.

Data _____ Firma _____

INVIARE: **attraverso Spazio Posta dell'area personale FISDWEB**
oppure con raccomandata a FISDE Via Nizza 152 00198 Roma

[1)] Il requisito dei 20 o 15 anni:
- non è richiesto ai lavoratori che cessino dal servizio con diritto alla pensione di inabilità, alla vedova e agli orfani di lavoratori deceduti per infortuni sul lavoro od a seguito di malattia contratta a causa di servizio;
- è ridotto a 10 anni per la vedova e per gli orfani dei lavoratori che decedano in costanza di rapporto di lavoro non per causa di servizio.

[2)] In conformità con la normativa del FISDE, l'importo versato è stato calcolato in dodicesimi, a partire dal mese successivo a quello di cessazione dal servizio.