



Alla Cassa Mutua M.I.P.A.A.F.T.
SEDE

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE PER EREDI

Inviare il modulo di domanda e la documentazione allegata all'indirizzo di posta elettronica
segreteria@cassamutuamipaaf.it

Con la presente,

la/il sottoscritta/o _____ nata/o _____

prov. _____ data di nascita _____, residente a _____ prov. _____

in via/p.za _____ n° _____ C.A.P. _____

telefono abitazione _____ cellulare _____

e-mail _____ C.F. _____

in proprio, quale/i **erede/i** dell'ex socio sig./sig.ra _____

n. matricola _____ nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____ deceduto/a il _____

a _____ Provincia _____

nella qualità di esercente la potestà genitoriale sul/i minore/i:

1. _____ nata/o a _____

prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____ residente a _____

prov. _____ in via/p.za _____ n. _____

2. _____ nata/o a _____

prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____ residente a _____

prov. _____ in via/p.za _____ n. _____

3. _____ nata/o a _____

prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____ residente a _____

prov. _____ in via/p.za _____ n. _____

4. _____ nata/o a _____

prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____ residente a _____

prov. _____ in via/p.za _____ n. _____

CHIEDE

a codesta Cassa Mutua MIPAAFT che le somme della liquidazione, spettanti nella predetta qualità di erede/i, siano versate per intero a mezzo bonifico sul conto corrente bancario/postale dell'avente diritto,

intestato a: _____

Codice IBAN _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Espressamente dichiara sin da ora - in proprio e/o nella qualità - che a seguito del predetto versamento la Cassa Mutua MIPAAFT sarà esonerata da ogni e qualsivoglia responsabilità, nonché riconosce estinto ogni e qualsivoglia debito nei confronti degli eredi del predetto ex Socio Sig.ra/Sig. _____.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 12 e ss. del GDPR n. 679/2016 e del D.lgs. 196/2003 ed acconsento al trattamento dei dati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione della pratica.

Si allegano in copia:

1. Informativa privacy per ogni avente diritto - *pag.3*;
2. Documento identità in corso di validità per ogni avente diritto;
3. Dichiarazione di rinuncia del/i coerede/i - *pag.4*;
4. Stato di servizio del socio all'atto del decesso;
5. Certificato di morte;
6. Atto notorio degli eredi autenticato da un pubblico ufficiale;
7. Stato di famiglia;
8. Documentazione della banca con coordinate IBAN e intestatario del conto ove per intestatario si intende l'avente diritto.

Data _____

Firma del Richiedente

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ex art. 12 e ss. GDPR 2016/679 e D. LGS N. 196/2003)

La scrivente CASSA MUTUA di Previdenza ed Assistenza fra il Personale del Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari, Forestali e del Turismo, in persona del suo Presidente e legale rappresentante pro tempore, con sede in Roma, c.f. 80094790582, quale Titolare del trattamento, comunica che, al fine dell'instaurazione e gestione del rapporto associativo nonché per adempiere ad obblighi legali, dovrà richiedere Suoi dati personali e/o sensibili che saranno oggetto di "trattamento" (ossia di raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, adattamento o modifica, estrazione, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, raffronto o interconnessione, limitazione, cancellazione o distruzione, salvo altro).

In particolare, pertanto, La informiamo e Le comunichiamo che:

1. i dati saranno trattati con il supporto di *mezzi cartacei, informatici o telematici* presso la sede legale dell'Ente sita in Roma nonché presso le diverse sedi operative della Cassa Mutua o di terzi a tal fine espressamente autorizzati, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia;
2. i dati saranno richiesti dalla Cassa Mutua e saranno da Lei conferiti, inizialmente e salvo altro, per l'iscrizione all'Ente in qualità di socio ordinario e, successivamente, per ogni prestazione e/o servizio prevista nello Statuto dell'Ente (ad es. concessione di prestiti, liquidazioni, polizze assicurative, sussidi statutari, contributi straordinari, salvo altro); base giuridica del trattamento, pertanto, è il suo consenso ovvero la necessità di eseguire il contratto associativo salvo altro;
3. il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto, in difetto, la Cassa Mutua si troverà nell'impossibilità di prestare i propri servizi o attività nei suoi confronti;
4. ferme restando le comunicazioni eseguite in virtù di obblighi di legge o contrattuali, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati, per le finalità di cui al punto 2, al Ministero o Ente di appartenenza, alla compagnia di assicurazione per le comunicazioni d'obbligo, salvo altri. All'occorrenza i suoi dati potranno essere comunicati e trattati anche da altri soggetti esterni (ad esempio per esigenze di natura fiscale, legale o previdenziale). Inoltre potranno avere conoscenza dei Suoi dati i Responsabili del trattamento e gli Incaricati al trattamento nominati con apposito atto scritto i quali, in ogni caso, si sono impegnati a garantire la massima riservatezza e discrezione nonché a non divulgare, neanche dopo la cessazione dell'incarico, alcuna delle informazioni di cui sono venuti a conoscenza nell'adempimento dei compiti assegnati;
5. tutti i dati saranno pertanto trattati in modo lecito, corretto e trasparente; saranno adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti e trattati; saranno esatti e, se necessario, aggiornati; trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza; conservati per il periodo di tempo strettamente necessario alle finalità per le quali sono stati raccolti (dopo la cessazione del rapporto con l'Ente potranno ancora essere conservati per l'espletamento di tutti gli adempimenti connessi o derivanti dalla conclusione del rapporto stesso);
6. inviando una mail all'indirizzo di posta **info@cassamutuamipaaf.it** o un fax al numero **06/5840655** all'attenzione del Responsabile Consigliere Gabriele Pettorelli, potrà richiedere tutte le informazioni riguardanti il trattamento dei Suoi dati, ricevere informazioni relative ai Suoi diritti nonché esercitarli concretamente;
7. in particolare, può esercitare i diritti previsti dalla normativa vigente quali, a titolo esemplificativo, chiedere l'accesso ai dati personali (art. 15 GDPR), la rettifica (art. 16 GDPR) o la cancellazione degli stessi (art. 17 GDPR) o la limitazione del trattamento che li riguardano (art. 18 GDPR) o di opporsi al loro trattamento (art. 21 GDPR), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20 GDPR). All'occorrenza, fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, potrà inoltre proporre reclamo a un'autorità di controllo (art. 77 e ss. GDPR). In caso di morte dell'interessato i suoi diritti potranno essere fatti valere dagli eredi;
8. potrà trovare ogni altra informazione e comunicazione in argomento, in particolare e per esteso quelle di cui agli art. 13 e 14 e di cui agli art. da 15 a 22 del GDPR 2016/679, sul sito internet della Cassa Mutua **www.cassamutuamipaaf.it** nonché sul sito www.garanteprivacy.it.

Il sottoscritto, ricevute le informative di cui sopra, presta il proprio **CONSENSO** al trattamento dei dati:

Data: _____

FIRMA: _____

La informiamo inoltre che nelle modalità e per le finalità su indicate, se ciò sarà necessario per adempiere ad un obbligo contrattuale nei suoi confronti o per adempiere ad un obbligo di legge, tratteremo anche Suoi dati che la legge definisce **DATI SENSIBILI** (in particolare, ed in relazione ad eventuali richieste di sussidi o contributi straordinari previsti dallo Statuto dell'Ente, Le potranno essere richiesti dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, salvo altro); pertanto in relazione al trattamento di tali dati richiediamo un Suo esplicito consenso al loro trattamento.

Il sottoscritto, ricevute le informative di cui sopra, presta il proprio **CONSENSO** al trattamento dei dati che la legge definisce sensibili.

Data: _____

FIRMA: _____

DICHIARAZIONE DI RINUNCIA *

Con la presente,

la/il sottoscritta/o Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____ nato/a _____ Prov. _____

Data di nascita _____ Residente a _____ Prov. _____

in Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

Telefono abitazione _____ Cellulare _____

e-mail _____ pec _____

in qualità di erede del *de cuius* _____ **Socio di**
codesta Cassa Mutua

e in virtù del vigente Statuto della Cassa Mutua Mipaaft

DICHIARA

di rinunciare alla corresponsione in proprio favore degli importi dovuti a titolo di competenze ad oggi maturate e

CHIEDE

che queste vengano corrisposte in favore del coerede:

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____ nato/a _____ Prov. _____

Data di nascita _____ Residente a _____ Prov. _____

in Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

Il/la sottoscritto/a solleva l'Ente da ogni eventuale responsabilità in ordine alle dichiarazioni di cui sopra.

Data _____

Firma del Richiedente
