



Codice fiscale: 97157160587 - Iscrizione Albo n.103  
Contact Center: 0422/1745964 - E-mail: [info@fondotelemaco.it](mailto:info@fondotelemaco.it)

## RICHIESTA DI PRESTAZIONE PENSIONISTICA COMPLEMENTARE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

*(compilare la sezione sottostante solo se il domicilio non coincide con la residenza)*

Domiciliato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

a seguito dell'avvenuta maturazione in data \_\_\_\_\_ del diritto alla prestazione pensionistica complementare (con almeno cinque anni di iscrizione alle forme pensionistiche complementari. Il predetto termine è ridotto a tre anni per il lavoratore che cessa il rapporto di lavoro per motivi indipendenti dal fatto che lo stesso acquisisca il diritto a una pensione complementare e che si sposta in un altro Stato membro dell'Unione europea.), ai sensi dell'art. 10 dello Statuto di Telemaco ed avendo preso visione del Documento sulle Rendite e della Convenzione

### CHIEDE

l'erogazione della **PRESTAZIONE PENSIONISTICA** secondo le modalità indicate di seguito:

- 100 % in rendita**
- ..... % in capitale (max 50%) – ..... % in rendita**
- 100% in capitale** (solo se l'importo della rendita derivante dalla conversione del 70% del montante finale risulta inferiore al 50% dell'assegno sociale o se il lavoratore si è iscritto alla previdenza complementare prima del 28 aprile 1993)

Solo in caso di richiesta di erogazione in rendita (totale o parziale) è obbligatorio indicarne la **tipologia e la periodicità**, mediante la compilazione delle sezioni sottostanti (ulteriori informazioni sono disponibili nel Documento sulle Rendite e nella Convenzione con la compagnia assicuratrice disponibili sul sito di Telemaco all'indirizzo: [www.fondotelemaco.it](http://www.fondotelemaco.it)):

#### **Tipologia di rendita** (barrare una sola opzione, pena annullamento del modulo)

- A) RENDITA IMMEDIATA VITALIZIA
- B) RENDITA IMMEDIATA CERTA PER 5 ANNI E SUCCESSIVAMENTE VITALIZIA\*
- C) RENDITA IMMEDIATA CERTA PER 10 ANNI E SUCCESSIVAMENTE VITALIZIA\*
- D) RENDITA IMMEDIATA VITALIZIA REVERSIBILE \*
- E) RENDITA IMMEDIATA VITALIZIA CONTROASSICURATA\*
- F) RENDITA VITALIZIA IMMEDIATA CON RADDOPPIO IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA (LONG TERM CARE - LTC)\*\*.

\* compilare anche la parte riservata ai Dati dei Beneficiari/Reversionario

\*\* questa opzione può essere richiesta solo se l'età assicurativa non supera i 70 anni ed è condizionata alla preventiva accettazione del rischio da parte della compagnia assicuratrice.



**DATI DEI BENEFICIARI/REVERSIONARIO**

**Beneficiario o Reversionario**

**Percentuale spettante** <sup>3</sup> \_\_\_\_\_ %

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov.( ) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. ( ) C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
*(compilare la sezione sottostante solo se il domicilio non coincide con la residenza)*  
Domiciliato/a a \_\_\_\_\_ prov. ( ) C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa all'interessato sull'uso dei suoi dati e sui suoi diritti - art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 allegata alla presente

Data \_\_\_\_\_ Firma beneficiario/reversionario \_\_\_\_\_

**Beneficiario (eventuale)**

**Percentuale spettante** \_\_\_\_\_ %

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov.( ) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. ( ) C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
*(compilare la sezione sottostante solo se il domicilio non coincide con la residenza)*  
Domiciliato/a a \_\_\_\_\_ prov. ( ) C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa all'interessato sull'uso dei suoi dati e sui suoi diritti - art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 allegata alla presente

Data \_\_\_\_\_ Firma beneficiario \_\_\_\_\_

**Beneficiario (eventuale)**

**Percentuale spettante** \_\_\_\_\_ %

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov.( ) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. ( ) C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
*(compilare la sezione sottostante solo se il domicilio non coincide con la residenza)*  
Domiciliato/a a \_\_\_\_\_ prov. ( ) C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa all'interessato sull'uso dei suoi dati e sui suoi diritti - art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 allegata alla presente

Data \_\_\_\_\_ Firma beneficiario \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma aderente \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> La percentuale di reversibilità deve essere scelta tra le seguenti: 60%, 70%, 80% o 100%

**Certificazione vincoli di cessione del quinto sulla posizione maturata**  
*(solo in caso di presenza di un contratto di cessione del quinto)*

Il/La sottoscritto/a.....  
(cognome) (nome)

nato/a a .....(.....) il .....  
(luogo) (prov.)

residente a ..... (.....) in via ..... n. ....  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

di aver estinto il contratto di finanziamento contro cessione di quote di stipendio e TFR e/o delegazione di pagamento con la Finanziaria....., di cui allega relativa comunicazione.

DATA e LUOGO

IL/LA DICHIARANTE

.....

.....  
(firma per esteso e leggibile)

di avere in atto un contratto di finanziamento contro cessione di quote di stipendio e TFR e/o delegazione di pagamento con la Finanziaria ....., di cui allega relativa comunicazione attestante il debito residuo in essere.

DATA e LUOGO

IL/LA DICHIARANTE

.....

.....  
(firma per esteso e leggibile)

**QUESTIONARIO SANITARIO**

**Da compilare solo nel caso di scelta di rendita vitalizia immediata con raddoppio in caso di non autosufficienza (long term care -LTC)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

ai fini dell'efficacia della garanzia fornisco le risposte al seguente questionario.

**Avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario:**

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni e richieste per l'inserimento in assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
- c) l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Tipo esame, patologia, descrizione, anno ed esito</b>
1) Negli ultimi 3 anni ha effettuato esami ematochimici? Se SI quali sono risultati con valori fuori della norma? (ne indichi il valore)	O	O	_____
2) Negli ultimi 5 anni ha effettuato accertamenti di diagnostica strumentale o per immagini? Se SI quali e con quale esito?	O	O	_____
3) Ha sofferto o soffre di malattie (oppure è stato ricoverato in Case di Cura, Ospedali etc., per una delle seguenti malattie):			
a. dell'apparato respiratorio?	O	O	_____
b. dell'apparato cardio - circolatorio?	O	O	_____
c. neurologiche e psichiatriche?	O	O	_____
d. endocrine e metaboliche?	O	O	_____
e. dell'apparato uro - genitale?	O	O	_____
f. dell'apparato digerente?	O	O	_____
g. tumori?	O	O	_____
h. altro	O	O	_____
4) Fa uso abituale di (se SI indichi la quantità media giornaliera):	O	O	_____
a. tabacco?	O	O	_____
b. alcool?	O	O	_____
c. stupefacenti / allucinogeni?	O	O	_____
5) Gode di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?	O	O	_____

6) Necessita di apparecchiature o dell'aiuto o della presenza di un'altra persona per lo svolgimento di attività della vita quotidiana quale vestirsi e svestirsi, lavarsi, cucinare, mangiare, andare alla toilette, entrare ed uscire dal letto, gestire le funzioni della vescica?

\_\_\_\_\_

7) Misure somatiche:

Altezza cm. \_\_\_\_\_

Peso Kg \_\_\_\_\_

Ha un medico curante abituale e/o di famiglia?

(specificare Nome, Cognome e recapito) \_\_\_\_\_

#### **Consenso al trattamento dei dati personali, appartenenti a categorie particolari, per finalità assicurative**

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa.

Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_

#### **Dichiarazioni dell'Assicurando**

Il sottoscritto

- dichiara ad ogni effetto di legge che le indicazioni fornite nel presente questionario, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, esatte e complete e che non ha taciuto, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande riportate all'interno dello stesso, assumendo ogni responsabilità delle risposte stesse anche se scritte da altri;
- dichiara di essere a conoscenza, anche con riferimento a quanto disposto dall'Art. 1919 del C.C. che il presente questionario deve servire esclusivamente per la sua ammissione alla polizza vita collettiva stipulata dalla Contraente con UnipolSai Assicurazioni S.p.A.;
- proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsente che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone ed Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto.

Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

#### **UnipolSai Assicurazioni S.p.A.**



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584  
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046  
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

## Informativa all'interessato sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Ai sensi dell' Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), e in relazione ai dati personali che Lei ci fornisce, La informiamo di quanto segue.

### QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, estremi documento di riconoscimento e riferimenti bancari,) che Lei stesso od altri soggetti<sup>1)</sup> ci fornisce; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali<sup>2)</sup> (idonei, ad esempio, a rivelare il Suo stato di salute), qualora siano indispensabili per consentire alla nostra Società di procedere alla liquidazione della polizza Vita di cui Lei è Contraente o Beneficiario.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per la gestione ed esecuzione di quanto sopra<sup>3)</sup>; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza<sup>4)</sup>. In assenza di tali dati non saremmo in grado di procedere alla liquidazione come da Sua richiesta.

### PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività liquidativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo<sup>5)</sup>. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività. I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano<sup>6)</sup> o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>4)</sup>.

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto se necessari per poter procedere alla liquidazione e dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso<sup>7)</sup>.

### COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto<sup>8)</sup>.

I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

### QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrano i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ([www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it)) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito [privacy@unipolsai.it](mailto:privacy@unipolsai.it) al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (6). Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi al Garante Privacy, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

### Note

- 1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali, che possono essere trattati, senza il consenso dell'interessato, per le finalità e nel rispetto delle disposizioni legge e/o dell'autorizzazione generale n. 7 del Garante.
- 3) Ad esempio, per la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 4) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi

- 5) furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
- 6) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., per la liquidazione delle competenze, Linear S.p.A., Unisalute S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni , si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it).
- 7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it)) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti , in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; ; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari; periti; legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.
- 8) Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UnipolSai, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UnipolSai, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UnipolSai e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).
- 9) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.