

MODULO RICHIESTA
ANTICIPAZIONE

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome:	_____	Nome:	_____
Codice Fiscale:	_____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: ____ / ____ / ____
Comune di nascita:	_____	Prov: ()	Tel.: _____
Indirizzo di residenza:	_____	CAP: _____	e-mail: _____
Comune di residenza:	_____	Provincia: ()	_____

2. RICHIESTA ANTICIPAZIONE

Il sottoscritto **CHIEDE** di conseguire una **ANTICIPAZIONE** della prestazione pari a (completare una sola opzione):

- _____, _____ (indicare l'importo richiesto, che non potrà comunque superare il limite max consentito)
- _____ % (indicare la percentuale richiesta sul montante maturato, che non potrà comunque superare il limite max consentito)

Per il seguente motivo (barrare una sola casella):

- A) **SPESE SANITARIE** a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari
Può essere richiesta in qualsiasi momento per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata.
- B) **ACQUISTO PRIMA CASA** di abitazione per sé o per i figli
Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata.
- C) **RISTRUTTURAZIONE**, manutenzione, restauro e risanamento sulla 1^a casa di abitazione propria o dei propri figli
Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata.
- D) **ULTERIORI ESIGENZE** dell'aderente
Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 30% della posizione individuale maturata.

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

Data 1 ^a iscrizione a forme pensionistiche compl.: ____/____/____	Quota esente fino al 31/12/2000: € _____	Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000: € _____
---	---	---

4. COORDINATE BANCARIE

CODICE IBAN :	_____	_____	_____	_____	_____	_____
(compilare INTEGRALMENTE)	COD. PAESE	COD. CONTROLLO	CIN	ABI (5 CARATTERI NUMERICI)	CAB (5 CARATTERI NUMERICI)	NUMERO CONTO CORRENTE (12 CARATTERI ALFANUMERICI)
Banca e Filiale:	Intestato a: _____					

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Può essere indicato alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in % del montante maturato. L'importo indicato si intende al lordo delle imposte. In caso di duplice compilazione sarà liquidato l'importo espresso in %. Si ricorda che ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria (8 anni) sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione alle forme pensionistiche complementari per i quali non sia stato esercitato il riscatto totale della posizione individuale. Si ricorda inoltre che le somme percepite a titolo di anticipazione non possono mai eccedere, complessivamente, il 75% del totale dei versamenti, comprese le quote del TFR, maggiorati delle plusvalenze realizzate, effettuati alle forme pensionistiche complementari a decorrere dal primo momento di iscrizione alle predette forme. E' obbligatorio indicare il motivo della richiesta, in conseguenza del quale sarà necessario allegare i seguenti documenti:

- SPESE SANITARIE:** Copia della **dichiarazione ASL** (struttura pubblica competente) attestante il carattere gravissimo e straordinario delle spese sanitarie (facsimile allegato), oltre alla copia delle **fatture** attestanti le spese sostenute o i preventivi di spesa di operatori specializzati (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, le fatture relative).
- ACQUISTO PRIMA CASA:** Copia dell'**atto notarile** di acquisto, unitamente a **dichiarazione sostitutiva di atto notorio** da cui risulti la **residenza anagrafica** o l'intenzione di voler trasferire entro 18 mesi dall'acquisto la propria residenza nel comune ove è ubicato l'immobile, nonché la **dich. sostitutiva di atto notorio** da cui risulti la **non titolarità di alcun diritto reale** (proprietà o godimento) relativamente ad altre abitazioni nel territorio del comune ove è ubicato l'immobile. E' possibile produrre anche copia del contratto preliminare, riservandosi di allegare successivamente il contratto notarile definitivo. In caso di acquisto della prima abitazione per i figli, allegare **certificato di stato di famiglia**, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela. In caso di acquisto in cooperativa, occorre produrre, in via provvisoria, l'**estratto notarile del libro dei soci** attestante la prenotazione dell'alloggio, il **contratto di appalto** sottoscritto dall'iscritto o dal legale rappresentante della cooperativa e la **documentazione degli esborsi sostenuti**; in via definitiva, non appena disponibile, dovrà prodursi **copia dell'atto pubblico di assegnazione dell'alloggio**. In caso di costruzione in proprio, occorre produrre in via immediata: la **concessione edilizia**, il **titolo di proprietà del terreno**, il **contratto di appalto** o i **preventivi di spesa**. In via definitiva, entro 30 giorni dall'erogazione, le **fatture** che attestino il pagamento dei lavori effettuati ed il **certificato comunale di ultimazione dei lavori**.
- RISTRUTTURAZIONE** di cui alle lettere a), b), c), e d) del c.1 dell'art.3 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia di cui al D.P.R. 06/06/2001, n. 380): copia dell'**atto attestante la proprietà dell'immobile** da ristrutturare (estratto dalla Conservatoria dei Registri Immobiliari, ovvero l'atto notarile da cui risulti la proprietà dell'abitazione, ovvero il titolo costitutivo del diritto reale di godimento da cui risultino i dati catastali). Se gli interventi riguardano parti comuni dell'immobile, **copia della delibera assembleare** e della **tabella millesimale** di ripartizione delle spese. In caso di ristrutturazione della prima abitazione per i figli, allegare certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela. Copia delle **fatture/bonifici** attestanti le spese sostenute o i preventivi di spesa (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, le fatture relative). Nel caso in cui l'importo complessivo dei lavori superi l'importo di € 51.645,69 va prodotta, inoltre, la **dichiarazione di esecuzione dei lavori sottoscritta da un professionista abilitato** all'esecuzione degli stessi (per gli interventi di manutenzione straordinaria), **ovvero dal responsabile della ditta appaltatrice** (per gli interventi di manutenzione ordinaria). In sostituzione della documentazione prevista dall'articolo 1, comma 3, della legge n. 449/97 per fruire della detrazione di legge in sede di dichiarazione dei redditi, è possibile produrre **idonea autocertificazione** (facsimile allegato).

I dati dell'attività lavorativa (Sez.3) vanno compilati in collaborazione con il datore di lavoro. Si segnala che: La **Quota esente** su quanto maturato entro il 31/12/2000, da indicare per i solli lavoratori dipendenti, rappresenta l'ammontare totale dei contributi versati al Fondo dal dipendente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. Qualora l'importo della quota esente fosse uguale ai contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000 indicare "100%". L'**Abbattimento base imponibile** che il Fondo deve applicare su quanto maturato entro il 31/12/2000, da indicare per i soli lavoratori dipendenti, è determinato nella misura di L.600.000 (€309,87) per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla % di TFR versato al Fondo. L'abbattimento di L.600.000 va riconosciuto all'Aderente, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il Fondo.

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data Compilazione: / /

Firma: _____

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

FACSIMILE

**Dichiarazione ASL o altra struttura pubblica competente
per richiedere al Fondo Pensione una anticipazione
per spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie
e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche**

Al Fondo pensione _____

In relazione alla domanda presentata dal Vs. aderente:

Cognome e nome _____

nato/a a _____ il _____

al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel Fondo Pensione, come previsto
dall'art.11, comma 7, del D.Lgs. n° 252 del 05/12/2005,

SI DICHIARA

che il sig./sig.ra _____
(riportare il nome dell'aderente al Fondo Pensione o del familiare dell'aderente)

**deve sostenere TERAPIE/INTERVENTI LEGATI A GRAVISSIME SITUAZIONI ED
AVENTI CARATTERE DI STRAORDINARIETÀ SOTTO IL PROFILO MEDICO.**

_____ lì _____.

Timbro e firma

Istruzioni:

- La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da Istituti o Cliniche convenzionate.
- Il Timbro e la firma della presente Certificazione sono obbligatori e devono consentire l'esatta identificazione del soggetto che ha attestato la situazione sanitaria; a tal fine la Certificazione può essere prodotta su carta intestata
- In caso di spese sostenute per il familiare, allegare stato di famiglia rilasciato dal comune di residenza attestante il rapporto di parentela con l'aderente.

Autocertificazione per la richiesta di anticipazione per interventi di manutenzione, restauro, risanamento e ristrutturazione di cui alle lettere a), b), c), e d) del comma 1 dell'art.3 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia di cui al D.P.R. 06/06/2001, n. 380, relativamente alla prima casa di abitazione, documentabili come previsto dalla normativa stabilita ai sensi dell'articolo 1, comma 3, L. 27/12/1997, n. 449

DATI DEL PROPRIETARIO DELL'IMMOBILE																					
Cognome: _____	Nome: _____																				
Codice Fiscale: <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: ____ / ____ / ____
Comune di nascita: _____	Prov: () Tel.: _____																				
Indirizzo di residenza: _____	CAP: _____ e-mail: _____																				
Comune di residenza: _____	Provincia: ()																				
DATI DELL'IMMOBILE																					
Sito in (comune): _____	Prov.: () CAP: _____																				
Indirizzo: _____	N. civico _____																				
DICHIARAZIONE																					
Il sottoscritto																					
Cognome: _____	Nome: _____																				
Codice Fiscale: <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: ____ / ____ / ____
in qualità di aderente al Fondo Pensione _____, avendo sostenuto/dovendo sostenere spese per interventi di recupero di cui alle lettere a), b), c), e d) del comma 1 dell'art.3 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia di cui al D.P.R. . 06/06/2001, n. 380, sull'immobile sopra descritto, <u>prima casa di abitazione</u> propria/dei propri figli come sopra identificata,																					
DICHIARA																					
<i>di essere in possesso della documentazione prevista dall'articolo 1, comma 3, della Legge 27 dicembre 1997, n. 449 (documenti necessari per fruire della detrazione del 36% in sede di dichiarazione dei redditi) e di essere disponibile a produrre copia, parziale o integrale, della medesima a semplice richiesta del Fondo Pensione</i>																					
Data Compilazione: / /	Firma: _____																				
ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE																					
<ul style="list-style-type: none"> • Compilare il paragrafo "Dati del proprietario dell'immobile" <u>solo</u> se diverso dall'aderente al Fondo Pensione. • Allegare <u>sempre</u> copia dell'atto attestante la proprietà dell'immobile da ristrutturare (estratto dalla Conservatoria dei Registri Immobiliari). In caso di interventi effettuati sulla prima casa di abitazione dei propri figli, allegare anche certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela. • Allegare <u>sempre</u> copia delle fatture/bonifici attestanti le spese sostenute. 																					

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016, "Fondo Pensione Complementare a Capitalizzazione per gli Esercenti le Professioni Sanitarie" con sede in Via Torino, 38 – 00184 Roma, Titolare del trattamento, La informa che, il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per la gestione della sua richiesta di anticipazione; il conferimento dei dati è necessario per perseguire le finalità menzionate. Il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali. La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto al fondo e la conseguente determinazione del rapporto associativo, nonché gli obblighi di legge e il consenso. I suoi dati personali saranno trattati per la durata del rapporto associativo e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa contabile e fiscale; tali dati saranno inoltre conservati nei limiti dei tempi prescizionali previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto associativo instaurato con il fondo. Inoltre, nel caso in cui la richiesta di anticipazione sia effettuata a favore dei propri famigliari, FondoSanità, potrà venire a conoscenza anche di alcuni dati degli stessi. Desideriamo inoltre informarLa che in occasione delle operazioni di trattamento dei Dati il Titolare potrebbe venire a conoscenza anche di Dati che la Legge definisce particolari (p.e. lo stato di salute nel caso di richiesta di anticipazione per spese sanitarie). Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza. I suoi dati personali e quelli eventuali dei suoi familiari, non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ai soggetti deputati alla gestione dei contributi previdenziali complementari e all'erogazione delle prestazioni pensionistiche complementari, a terzi per la fornitura di servizi informatici e di archiviazione e a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria. La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dall'art. 15 e ss. del Regolamento EU 679/2016, scrivendo a privacy@fondosanita.it. In particolare, l'interessato potrà:

- accedere ai suoi dati personali, ottenendo evidenza delle finalità perseguite da parte del Titolare, delle categorie di dati coinvolti, dei destinatari a cui gli stessi possono essere comunicati, del periodo di conservazione applicabile, dell'esistenza di processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze possibili per l'interessato, ove non già indicato nel testo di questa Informativa;
- ottenere senza ritardo la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano;
- ottenere, nei casi previsti dalla legge, la cancellazione dei suoi dati;
- ottenere la limitazione del trattamento o di opporsi allo stesso, quando ammesso in base alle previsioni di legge applicabili al caso specifico;
- ove lo ritenga opportuno, proporre reclamo all'autorità di controllo.

N.B. il consenso sottostante dovrà essere sottoscritto solo nel caso di richiesta di anticipazione per spese sanitarie

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento 679/2016 conferisco il consenso al trattamento dei dati personali particolari per la gestione della mia richiesta di anticipazione per spese sanitarie e interventi straordinari derivanti da gravissime situazioni.

Firma del richiedente o del familiare _____

1 La firma dovrà essere dell'iscritto se la richiesta di anticipazione per le spese sanitarie è effettuata per se stesso o per un familiare minorenni; se la richiesta è effettuata a favore di un familiare maggiorenne la firma dovrà essere apposta dal familiare dell'iscritto.