



Fondo Pensione Complementare per i Lavoratori delle Imprese Industriali ed Artigiane Edili ed Affini
Iscritto all'Albo Covip dei Fondi Pensione con il numero 136

RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE

TUTTE LE RICHIESTE, FORMALMENTE CORRETTE E COMPLETE DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA, PERVENUTE A PREVEDI ENTRO IL 20 DI CIASCUN MESE, VERRANNO LIQUIDATE INTORNO ALLA METÀ DEL SECONDO MESE SUCCESSIVO A QUELLO DI RICEZIONE. LE RICHIESTE POSSONO ESSERE INVIAE VIA POSTA ALL'INDIRIZZO INDICATO IN CALCE AL PRESENTE MODULO, OPPURE SCANNERIZZATE ALL'INDIRIZZO INFO@PREVEDI.IT. NON SI ACCETTANO FOTOGRAFIE\FAX.

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Nato il: ____/____/_____
Residente in via _____ Provincia: () Cellulare.: _____
Comune: _____ CAP: _____ e-mail: _____
Beneficiario della richiesta: Aderente Coniuge Figli

2. DATI PER L'ACCREDITO (compilazione e sottoscrizione obbligatorie – non si accettano libretti postali)

Importo richiesto: € _____ oppure percentuale richiesta: _____%
(fino ad un massimo del 75% della posizione - L'importo erogato non potrà comunque superare le fatture comprovanti le spese mediche sostenute o i preventivi di spesa allegati alla richiesta)

Il sottoscritto accetta che il Fondo gli renda disponibile nell'area "accedi al tuo fondo pensione" del sito web www.prevedi.it la comunicazione in caso di erogazione di prestazioni e la certificazione fiscale (CU) relativa alla prestazione richiesta (entro i termini previsti dall'Agenzia delle Entrate), salvo che scelga di riceverle in forma cartacea scrivendo a info@prevedi.it.

Si ricorda che, in base alle disposizioni vigenti, è obbligatorio per il Fondo Pensione acquisire copia della documentazione definitiva (fatture). Qualora l'anticipazione venga quindi richiesta sulla base di preventivi di spesa, Lei dovrà in seguito inviare a Prevedi la suddetta documentazione definitiva. **In caso di mancato invio della stessa, o di invio di attestazione di spese sostenute inferiori di oltre il 20% rispetto all'importo effettivamente liquidato da Prevedi, quest'ultimo non Le potrà erogare ulteriori anticipazioni per spese sanitarie.**

Data:/...../..... Firma dell'iscritto a Prevedi: **X** _____

3. DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE (non si accetta documentazione fotografata)

- Certificazione attestante gravissimi e straordinari interventi rilasciata da ASL./medico di base/Azienda Ospedaliera (allegato);
- Stato di famiglia o documento attestante legame di parentela (in caso di richiesta per coniuge/figli);
- Fatture comprovanti spese sostenute o preventivi di spesa (con data non anteriore a 6 mesi dalla richiesta);
- Copia documento d'identità del richiedente (fronte/retro);
- **Copia di un documento timbrato (oppure stampato su carta intestata) della banca/posta che riporti il codice iban e l'intestatario del conto corrente (ad esempio: la prima pagina dell'estratto conto) - NON È POSSIBILE EFFETTUARE BONIFICI SU LIBRETTI POSTALI NON COLLEGATI AD UN CONTO CORRENTE;**
- Qualora l'intestatario sia diverso dall'iscritto richiedente, andrà compilata apposita delega.

L'aderente, nel caso di richiesta presentata con preventivi di spesa, si impegna ad inviare copia delle fatture: in caso contrario, Prevedi non Le potrà erogare ulteriori anticipazioni per spese sanitarie.

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI.

4. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016, Fondo Pensione Prevedi (in seguito Fondo) con sede in Via Nizza, 45 - 00198 Roma, Titolare del trattamento, ad integrazione dell'informativa già conferita, La informa che, il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per gestire la sua richiesta di anticipazione per spese sanitarie; 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. 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. I suoi dati personali, che non saranno diffusi, 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. Inoltre, nel caso in cui la richiesta di anticipazione sia effettuata a favore dei propri figli, il Fondo, potrà venire a conoscenza anche di alcuni dati degli stessi; tali dati saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle finalità su menzionate; tali dati saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle finalità su menzionate. Per ottenere informazioni sull'eventuale trasferimento dei suoi dati fuori dall'unione europea, potrà inviare una e-mail all'indirizzo dpo_fondoprevedi@protectiontrade.it. Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato al seguente indirizzo mail dpo_fondoprevedi@protectiontrade.it. La informiamo infine che potrà esercitare i suoi diritti in qualità di interessato scrivendo una mail a dpo_fondoprevedi@protectiontrade.it.

Consenso al trattamento dei dati personali

Acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Regolamento EU 679/2016, ai sensi dell'articolo 6 dello stesso conferisco il consenso al trattamento dei dati particolari per la gestione della mia richiesta di anticipazione per spese sanitarie e interventi straordinari derivanti da gravissime situazioni.

_____ li _____

Firma¹ _____

¹ La firma dovrà essere dell'iscritto se la richiesta di anticipazione per le spese sanitarie è effettuata per sé stesso; se la richiesta è effettuata a favore di un familiare maggiorenne la firma dovrà essere apposta dal familiare dell'iscritto. Qualora il familiare sia minorenni, la firma dovrà essere apposta dal tutore legale.

Dichiarazione della competente struttura pubblica

Azienda Sanitaria Locale (ASL) – Medico di medicina generale – Azienda Ospedaliera
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 medici straordinari** ai sensi dell'art. 11 co. 7 lett. a del D.Lgs 252/05

Al **Fondo Pensione Complementare per i Lavoratori delle Imprese Industriali ed Artigiane Edili ed Affini (den. breve PREVEDI)**

In relazione alla domanda presentata dal Vs. aderente:

Cognome e nome _____

nato/a a _____ il _____

al fine di ottenere un'anticipazione della posizione maturata presso il 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 O INTERVENTI LEGATI A GRAVISSIME SITUAZIONI
AVENTI CARATTERE DI STRAORDINARIETÀ SOTTO IL PROFILO MEDICO** (come
previsto dal D.Lgs 252/05: non sarà quindi ritenuta valida alcuna correzione o modifica di tale descrizione).

_____ lì _____.

Timbro e firma

Istruzioni:

- *La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata dall'ASL competente, dal medico di medicina generale (detto anche medico di base o di famiglia) da questa assegnato e da un'azienda ospedaliera. **In caso di certificazione da parte del medico di base, il timbro deve riportare il codice regionale o ASL. La presente certificazione può essere sostituita da equivalente documentazione ASL/Azienda Ospedaliera, purché in essa vengano richiamati i principi sanciti dall'art.11, comma 7, del D.Lgs. n° 252 del 05/12/2005.***
- *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 (ad esempio moglie, figlio, etc.)***



Fondo Pensione Complementare per i Lavoratori delle Imprese Industriali ed Artigiane Edili ed Affini
Iscritto all'Albo Covip dei Fondi Pensione con il numero 136

DELEGA ALL'INCASSO DI SOMME LIQUIDATE DAL FONDO PENSIONE PREVEDI

Qualora l'iscritto al Fondo Prevedi richiedente una liquidazione totale o parziale della propria posizione individuale ivi maturata, non disponga di un c/c a sé intestato, il Fondo medesimo permette di ricevere tale liquidazione sul c/c di un altro soggetto: a tal fine l'iscritto dovrà compilare la presente delega all'incasso, tramite la quale si autorizza un soggetto differente dal titolare della posizione previdenziale all'incasso delle somme che verranno liquidate dal Fondo Pensione.

Affinché la presente delega all'incasso sia valida è necessario che sia sottoscritta sia dal delegante che dal delegato e che sia corredata di copia del documento di identità di entrambi: in mancanza non si potrà procedere alla liquidazione richiesta dall'iscritto.

Il/La sottoscritto/a _____², nato a _____, il _____ e residente in _____ (____) via/piazza/v.le _____, cap. _____, Codice fiscale _____, titolare di una posizione di previdenza complementare presso il Fondo Prevedi, con sede in via Nizza 45, Roma, dichiara di non essere titolare di un conto corrente a sé intestato e pertanto, con la presente:

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____³ a incassare, per suo conto e sua vece, la prestazione richiesta al Fondo Prevedi sul conto corrente allo/a stesso/a intestato, di cui al documento allegato alla presente*

*Andrà allegata la copia di un documento rilasciato dalla banca/posta, nel quale sia riportato: il codice Iban, il nominativo e la residenza dell'intestatario del conto corrente (ad esempio, la prima pagina dell'estratto conto).

Con la presente il/la sottoscritto/a delegante solleva il Fondo Prevedi da qualsivoglia responsabilità che possa discendere, direttamente o indirettamente, dall'accredito della liquidazione sul conto corrente, sopra indicato, intestato a un soggetto diverso dal delegante/titolare della posizione individuale maturata presso il Fondo medesimo e si impegna a null'altro pretendere, in merito, dal Fondo Prevedi.

Alla presente delega si allegano copie dei documenti che attestano l'identità del delegante e del delegato.

Luogo: _____

Data: ____/____/____

Firma dell'iscritto delegante: X _____

Firma del delegato: X _____

² Indicare il cognome e nome dell'iscritto al Fondo Pensione che richiede la liquidazione (delegante).

³ Indicare il cognome e nome della persona delega a ricevere sul proprio conto corrente l'accredito delle somme liquidate dal Fondo Pensione (delegato all'incasso).