

spazio riservato alla protocollazione

SERVIZIO SMS:



INDICA IL NUMERO DI CELLULARE
PER ESSERE INFORMATO
SULL'AVANZAMENTO DELLA
PRATICA.



MODULO DI RICHIESTA ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE

ATTENZIONE! E' NECESSARIO ALLEGARE:

- 1) COPIA DEL **DOCUMENTO D'IDENTITA'** VALIDO
- 2) **CERTIFICATO DI RESIDENZA** RILASCIATO DAL COMUNE DI RESIDENZA
- 3) **ATTESTAZIONE DELLA BANCA** DELLA TITOLARITA' DEL CONTO CORRENTE DA ACCREDITARE *

Spett.le
**PREVIAMBIENTE c/o PREVINET
SPA VIA E. FORLANINI, 24
31022 PREGANZIOL TV**

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M 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 NETTO richiesto, che non potrà comunque superare il limite lordo max consentito)
- _____ % (indicare la percentuale richiesta sul montante maturato, che non potrà comunque superare il limite max consentito)

Per **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 una percentuale non superiore al 75% della posizione individuale maturata, a condizione che la somma oggetto dell'anticipazione non ecceda il valore della spesa documentata.

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: _____

Il sottoscritto dichiara di aver letto le istruzioni per la compilazione del modulo in allegato o il regolamento sulle anticipazioni disponibile sul sito del Fondo Pensione www.previambiente.it

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. Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CU, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo entro la scadenza di Legge dell'anno successivo a quello di pagamento e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro quindici giorni dalla scadenza annuale di Legge per la trasmissione. Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare eventuali variazioni di indirizzo, rispetto a quello di residenza indicato, al quale spedire la Certificazione Unica.

Data Compilazione: / / Firma: _____

*: L'ATTESTAZIONE DEVE ESSERE PRODOTTA SU CARTA INTESATA DELLA BANCA PRESSOLA QUALE È APERTO IL CONTO CORRENTE DI ACCREDITO.

TERMINI E MODALITA' DI EROGAZIONE

Le richieste di erogazione valide (per completezza delle informazioni e legittimità della domanda), ricevute non oltre il 7° giorno lavorativo prima della fine del mese, determinano il disinvestimento delle quote dell'iscritto a fine mese. Il pagamento avviene secondo i tempi stabiliti dalla normativa vigente.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Può essere indicato alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in % del montante maturato. L'importo indicato si intende al NETTO delle imposte. In caso di duplice e contraddittoria compilazione (ossia compilazione sia dell'importo netto richiesto, sia della percentuale richiesta) sarà attribuita prevalenza all'importo indicato in cifre, naturalmente nel rispetto dei limiti di legge e, ove necessario, della spesa documentata.

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.

Per la validità della richiesta di erogazione è necessario allegare la seguente documentazione.

CON RIFERIMENTO AD OGNI TIPOLOGIA DI RICHIESTA :

- Copia del **documento di identità** in corso di validità
- **Certificato di residenza**
- **Attestazione della banca** di riferimento del conto corrente da accreditare con la quale si conferma l'appartenenza del conto corrente all'iscritto richiedente l'erogazione
- **In presenza di una cessione del V dello stipendio occorre allegare liberatoria della finanziaria per un quinto dell'importo richiesto**

Per soggetti residenti nelle zone colpite dal sisma del centro Italia (2016/2017) è possibile ottenere agevolazioni producendo le attestazioni descritte nel documento sulle anticipazioni disponibile on line sul sito del fondo.

E' necessario **allegare** i seguenti ulteriori documenti:

- (1) **SPESE SANITARIE:** Copia della **dichiarazione ASL** (struttura pubblica competente) attestante il carattere gravissimo e straordinario delle spese sanitarie che deve essere timbrata e firmata da una struttura pubblica o un medico di base: nel timbro deve essere presente il codice Asl di riferimento o il codice regione (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).

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

DICHIARAZIONE ASL - STRUTTURA PUBBLICA

COMPETENTE compreso MEDICO DI BASE

Per richiedere al fondo pensione Previambiente una anticipazione per spese sanitarie ai sensi della normativa vigente per sé o per il coniuge o per i figli

Spett.le
PREVIAMBIENTE
P.zza Cola di Rienzo 68
00192 Roma

In relazione alla domanda presentata dal Vostro iscritto:

Cognome e nome _____

nato/a a _____ il _____

al fine di ottenere l'anticipazione di contributi accumulati nel Fondo Pensione, ai sensi della normativa vigente si riconosce:

SI DICHIARA

che il Sig./Sig.ra e/o familiare*

deve sostenere spese sanitarie , come da allegato preventivo del giorno /...../.....

Rilasciato dal Dott. _____,

per terapie aventi carattere di straordinarietà, sia sotto il profilo medico che economico, che vengono certificate come derivanti da gravissime situazioni ai sensi dell'art.11, comma 7,lett.a) del d.lgs 252/2005.

_____,li_____.

Timbro e Firma

* In caso di spese sostenute per familiare fiscalmente a carico, allegare stato di famiglia rilasciato dal comune di residenza o altra documentazione idonea a comprovare il legame di parentela.

informativa per anticipazioni spese sanitarie

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs del 30 giugno 2003, n. 196 (in seguito denominato D.lgs), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è finalizzato all'analisi della conformità della richiesta di anticipazione alla normativa ed all'erogazione della prestazione. Il trattamento di dati potrà riguardare sia dati comuni che dati relativi allo stato di salute dell'aderente o di suoi familiari.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a), del D.lgs: raccolta, registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione, conservazione; cancellazione/distruzione;

b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dall'allegato B al D.L.gs 196/03;

c) è svolto direttamente dall'organizzazione del Fondo e/o da soggetti esterni a tale organizzazione (quali aziende incaricate da Previambiente di verificare la conformità della richiesta o aziende che si occupano dell'archiviazione dei dati).

3. CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali (comuni e sensibili) relativi all'aderente o ad un suo familiare è indispensabile per poter erogare la prestazione richiesta ed un eventuale rifiuto potrà comportare l'impossibilità da parte di Previambiente di erogare la prestazione richiesta.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

a) I dati personali potranno essere comunicati, anche in forma anonima, ad organismi associativi propri del settore previdenziale, al Ministero del Lavoro, alla Commissione di vigilanza sui Fondi pensione. I dati personali potranno essere comunicati anche a pubbliche Amministrazioni ai sensi di legge.

b) i dati relativi all'ammontare della posizione dell'aderente potranno inoltre essere comunicati a terzi creditori (ad esempio società finanziarie eroganti cessioni del quinto).

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali potranno essere trasferiti, sempre per le medesime finalità di cui al punto 1, lett. a), verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del D.lgs conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti tra cui quelli di ottenere dal titolare o dai responsabili del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è il Fondo pensione PREVIAMBIENTE.

I dati identificativi del responsabile del trattamento dei dati personali possono essere acquisiti presso la sede di PREVIAMBIENTE, Piazza Cola di Rienzo, 68 -00192 Roma

Consenso al trattamento dei dati personali sensibili

Il/La sottoscritto/a _____, dopo aver ricevuto l'informativa di cui all.art.13 del D.Lgs.n.196/03 e consapevole dei diritti sanciti dall'art.7 del citato Decreto,

dà il consenso

al trattamento dei propri dati personali sensibili effettuati con le modalità e per le finalità specificate nell'informativa, sempre nei limiti in cui esso sia strumentale alla specifica finalità perseguita o all'erogazione dei servizi richiesti

Data _____

Firma _____

Da compilare a cura del coniuge o dei figli maggiorenni e capaci solo nel caso la richiesta riguardi le spese mediche sostenute per gli stessi.

Il/La sottoscritto/a _____, dopo aver ricevuto l'informativa di cui all.art.13 del D.Lgs.n.196/03 e consapevole dei diritti sanciti dall'art.7 del citato Decreto,

dà il consenso

al trattamento dei propri dati personali sensibili effettuati con le modalità e per le finalità specificate nell'informativa, sempre nei limiti in cui esso sia strumentale alla specifica finalità perseguita o all'erogazione dei servizi richiesti

Data _____

Firma del familiare _____