

**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: ( )		
Documento tipo _____	N° _____		
Rilasciato il _____	dal _____		

**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<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> iscrizione \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
a forme pensionistiche compl.: \_\_\_\_\_

**4. COORDINATE BANCARIE**

CODICE IBAN : _____	_____	_____	_____	_____	_____
(compilare INTEGRALMENTE)	COD. PAESE	COD. CONTROLLO	CIN	ABI (5 CARATTERI NUMERICI)	CAB (5 CARATTERI NUMERICI)
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 compreso medico di base**, 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. n. 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).

**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 CUD, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo unitamente ai conteggi di liquidazione della posizione previdenziale e si impegna a richiedere copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro un mese dalla data di accredito dell'importo erogato (in caso di pagamento tramite bonifico) o di ricezione dell'assegno.

Data Compilazione: ..... / ..... / ..... Firma: \_\_\_\_\_



# 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.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_.

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

\* In caso si spese sostenute per familiare fiscalmente a carico, allegare stato di famiglia rilasciato dal comune di residenza.