

## MODULO DI RICHIESTA ANTICIPAZIONE SPESE SANITARIE

### Dati dell'aderente

COGNOME	NOME		
CODICE FISCALE	SESSO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	DATA DI NASCITA
COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO	
COMUNE DI RESIDENZA	VIA		
CAP	PROV.	TELEFONO	
E-MAIL	PEC		

**SERVIZIO SMS.** Indica qui il tuo numero di cellulare per rimanere informato sull'avanzamento della pratica

### 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)

**L'importo minimo per ogni richiesta di anticipazione è di 1.000,00 euro (lordi).**

Per **SPESE SANITARIE**, a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge o ai figli per terapie e interventi straordinari 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.

### DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

Data prima iscrizione forme di previdenza complementare  /  /

### COORDINATE BANCARIE

**CODICE IBAN** (compilare INTEGRALMENTE)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COD. PAESE	CHECK DIGIT	CIN	ABI	CAB	c/c														

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](http://www.previambiente.it). Resta salva la facoltà per il Fondo pensione di richiedere la documentazione bancaria/postale o estratto conto attestante la titolarità del conto.

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. È 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 di compilazione  Firma

**INVIARE IL MODULO PER RACCOMANDATA A/R A PREVIAMBIENTE C/O PREVINET SPA  
VIA E. FORLANINI, 24 – 31022 PREGANZIOL (TV) OPPURE TRAMITE PEC: PEC A FONDOPREVIAMBIENTE@PEC.IT**





## TERMINI E MODALITÀ 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:**

- copia del **documento di identità** in corso di validità;
- **certificato di residenza (facoltativo)**;
- **in presenza di una cessione del V dello stipendio occorre allegare liberatoria della finanziaria (in assenza di liberatoria della finanziaria viene erogato all'aderente un importo pari ai 4/5 del montante disponibile ed il restante 1/5 rimarrà vincolato a favore dell'istituto mutuante)**;
- 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 cui timbro deve essere presente il codice ASL di riferimento o il codice regionale;
- copia delle fatture attestanti le spese sostenute o i preventivi di spesa di operatori specializzati con l'impegno del richiedente a produrre non oltre i 6 mesi dall'erogazione dell'anticipazione richiesta (ovvero appena possibile qualora le cure si dovessero protrarre oltre i 6 mesi);
- copia conforme all'originale delle relative fatture emesse o delle ricevute fiscali.

**NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata. Il Fondo non è responsabile per le erogazioni effettuate in favore degli aderenti che dovessero successivamente risultare non legittimati a richiedere l'anticipazione ovvero nell'ipotesi che il richiedente non invii la documentazione fiscale.**





**DICHIARAZIONE ASL O ALTRA STRUTTURA PUBBLICA COMPETENTE O 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**

In relazione alla domanda presentata dal Vostro iscritto:

COGNOME

NOME

NATO 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.

Luogo e data

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 degli artt. 13 e 14 del regolamento europeo GDPR del 2016 sulla privacy 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 agli artt. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016 (in seguito GDPR): 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 dal GDPR;

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**

Il GDPR (art. 7) 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. PREVIAMBIENTE ha nominato un DPO in base al regolamento europeo GDPR del 2016 la cui mail è [dpo@fondopreviambiente.it](mailto:dpo@fondopreviambiente.it)





## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a , dopo a ver ricevuto l'informativa di cui agli artt.13 e 14 del regolamento europeo GDPR del 2016 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 a ver ricevuto l'informativa di cui agli artt.13 e 14 del regolamento europeo GDPR del 2016 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

