

GUIDA ALLA RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE

Dal **1° gennaio 2025** le richieste di anticipazione per spese sanitarie dovranno essere effettuate esclusivamente in modalità telematica, compilando l'apposito modulo tramite l'[Area Riservata](#) del sito di PreviAmbiente, accessibile con SPID o CIE.

Una compilazione accurata del modulo, unita alla presentazione della documentazione richiesta, è fondamentale per garantire una rapida gestione della pratica.

1. Compilazione del modulo

1.1 Sezione “Richiesta di anticipazione”

Indicare una sola delle seguenti opzioni:

- **Importo netto richiesto:** Specificare l'importo desiderato in euro (es. “5.000,00”), rispettando il limite massimo lordo consentito.
- **Percentuale sul montante maturato:** Indicare la percentuale del montante accumulato da anticipare (es. “30%”), rispettando i limiti previsti dalla normativa vigente.

 **Nota:** Scegliere solo una delle due opzioni. In caso di duplice compilazione (importo netto e percentuale), sarà attribuita prevalenza all'importo indicato in euro.

1.2 Sezione “Dati previdenziali e contributivi”

Fornire le informazioni relative alla propria iscrizione al Fondo Pensione, come la **data della prima iscrizione**.

1.3 Sezione “Coordinate bancarie”

Compilare accuratamente i campi relativi al conto corrente per ricevere l'erogazione:

- **Codice IBAN:** Inserire il codice completo, verificandone la correttezza.
- **Banca e Filiale:** Specificare il nome della banca e della filiale.
- **Intestatario del Conto:** Indicare il nome completo del titolare del conto corrente.



1.4 Sezione “Dichiarazioni obbligatorie”

Il richiedente, completando il modulo, dichiara di:

1. Accettare i termini:

- Le istruzioni per la compilazione.
- Il regolamento sulle anticipazioni, disponibile su www.previambiente.it.

2. Confermare la titolarità del conto corrente indicato: Il Fondo Pensione può richiedere documentazione bancaria o postale per attestare l'intestazione.

3. Assumersi la responsabilità delle informazioni fornite: Ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiarare che i dati forniti sono veritieri e conformi alla normativa vigente.

☒☒

 **Attenzione:** Dichiarazioni false o documenti non veritieri comportano sanzioni penali ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

2. Termini e modalità di erogazione

1. **Scadenze:** Le richieste valide (complete e legittime) devono essere inviate **entro il 7° giorno lavorativo prima della fine del mese.**

2. **Erogazione:** Le quote saranno disinvestite a fine mese, e il pagamento avverrà secondo i tempi previsti dalla normativa vigente.

 **Nota Importante:** Le somme percepite a titolo di anticipazione **non possono eccedere il 75% del totale dei versamenti** (incluso TFR e plusvalenze).

3. Documentazione necessaria

Per validare la richiesta, è necessario allegare:

1. **Certificato di residenza** (facoltativo).

2. **Liberatoria della finanziaria**, se il richiedente ha una cessione del quinto dello stipendio:

- In assenza della liberatoria, sarà erogato un importo pari a **4/5 del montante disponibile**, mentre il restante **1/5 rimarrà vincolato** a favore dell'istituto mutuante.

3. **Dichiarazione ASL:**

- Deve essere rilasciata da una struttura pubblica o dal medico di base e attestare il carattere gravissimo e straordinario delle spese sanitarie.
- Deve essere timbrata e firmata, con indicazione del codice ASL di riferimento o del codice regionale.

4. **Fatture o preventivi di spesa di operatori specializzati:**

- Allegare copie delle fatture attestanti le spese già sostenute.
- Se si allegano preventivi di spesa, impegnarsi a produrre le relative fatture **entro 6 mesi**





- dall'erogazione (o non appena possibile, in caso di cure prolungate).
5. **Copia conforme** delle fatture emesse o delle ricevute fiscali.
 6. **Certificato di stato di famiglia** o altro documento attestante il rapporto di parentela (se l'anticipazione è richiesta per il coniuge o per i figli)

Grazie all'autenticazione tramite SPID o CIE, **non è necessario allegare un documento d'identità.**

4. Certificazione Unica (CU)

- La CU sarà inviata tramite posta ordinaria all'indirizzo di residenza indicato, entro i termini di legge previsti per l'anno successivo al pagamento.
- Se non ricevuta entro 15 giorni dalla scadenza annuale, il richiedente è tenuto a richiederne copia al Fondo Pensione.

5. Aggiornamento dei dati di residenza

È obbligatorio comunicare tempestivamente eventuali variazioni dell'indirizzo di residenza per garantire la corretta ricezione della CU e delle comunicazioni ufficiali.

Accedi all'[Area Riservata](#) per compilare il modulo e inviare la richiesta di anticipazione per spese sanitarie.

PreviAmbiente: insieme verso un futuro più semplice e sostenibile.





**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.





CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a , dopo aver ricevuto l'informativa di cui agli artt.13 e 14 del regolamento europeo GDPR del 2016 e consapevole dei diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR, **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 agli artt.13 e 14 del regolamento europeo GDPR del 2016 e consapevole dei diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR, **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

M21-rev4-06/2024

