

## RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE

1. DATI DELL'ADERENTE																					
Cognome: _____	Nome: _____																				
Codice Fiscale: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					Nato il : ____/____/____
Residente in via _____	Provincia: (    ) Cellulare.: _____																				
Comune: _____	CAP: _____ e-mail: _____																				
Beneficiario della richiesta: <input type="checkbox"/> Aderente <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli																					
2. DATI PER L'ACCREDITO (compilazione e sottoscrizione obbligatorie – non si accettano libretti postali)																					
<p>Importo richiesto: € _____ oppure percentuale richiesta: _____ %  <b>(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)</b></p> <p>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. Si impegna, altresì, a comunicare al Fondo eventuali variazioni di indirizzo al quale spedire il modello CU.</p> <p>Data: ...../...../.....                      Firma dell'iscritto a Prevedi: <b>X</b> _____</p>																					
3. DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE (verificare di aver allegato tutta la documentazione prima di inviare la richiesta di anticipazione al Fondo Prevedi)																					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Certificazione attestante gravissimi e straordinari interventi rilasciata da ASL/medico di base/Azienda Ospedaliera (allegato);</li> <li>Stato di famiglia o documento attestante legame di parentela (in caso di richiesta per coniuge/figli);</li> <li>Fatture comprovanti spese sostenute o preventivi di spesa (con data non anteriore a 6 mesi dalla richiesta);</li> <li>Copia documento d'identità del richiedente (fronte/retro);</li> <li>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'e/c) - <b>Non è possibile effettuare bonifici su libretti postali non collegati ad un conto corrente.</b></li> <li>Qualora l'intestatario sia diverso dall'iscritto richiedente, andrà compilata apposita delega.</li> </ul> <p>L'aderente, nel caso di richiesta presentata con preventivi di spesa, si impegna ad inviare copia delle fatture.  <b><u>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.</u></b></p>																					
4. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI																					
<p>La persona per cui viene chiesta l'anticipazione, con la sottoscrizione della presente sezione, autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei propri dati personali e sensibili e alla comunicazione degli stessi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione o elaborazione dati. Si informa, ai sensi del D.Lgs. n.196/03, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.</p> <p>Data: .... /..... /.....</p> <p>Firma del beneficiario dell'anticipazione o  di chi ne ha la potestà (in caso di minorenni): <b>X</b> _____</p>																					

## 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 \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, 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 \_\_\_\_\_<sup>2</sup> 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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Indicare il cognome e nome dell'iscritto al Fondo Pensione che richiede la liquidazione (delegante).

<sup>2</sup> 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).