



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

4. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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.

Data: / /

Firma del beneficiario dell'anticipazione o

di chi ne ha la potestà (in caso di minorenne): X _____

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 _____¹, 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 _____² 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 _____

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

² 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).