



**4. DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE**

- Certificazione attestante gravissimi e straordinari interventi rilasciata da ASL/medico di base/Azienda Ospedaliera (allegato);
- Stato di famiglia o documento attestante legame di parentela (in caso di richiesta per coniuge/figli);
- Fatture comprovanti spese sostenute o preventivi di spesa (con data non anteriore a 6 mesi dalla richiesta);
- Copia documento d'identità del richiedente (fronte/retro);
- Qualora l'intestatario sia diverso dall'iscritto richiedente, andrà compilata apposita delega.

*Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modifiche e sotto la propria esclusiva responsabilità, di avere dichiarato il vero e di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per la tipologia di liquidazione 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;*

*- che in base alla normativa PSD (nuova Direttiva Europea sui Servizi di Pagamento), l'errata indicazione del codice Iban potrà determinare la mancata o l'inesatta esecuzione del bonifico, senza responsabilità per la banca del beneficiario e il Fondo Pensione Prevedi, qualora la somma venisse accreditata sul conto corrente di un soggetto diverso dall'effettivo beneficiario.*

*Il sottoscritto accetta, inoltre, che il Fondo gli renda disponibile nell'area "accedi al tuo fondo pensione" del sito web [www.prevedi.it](http://www.prevedi.it) la comunicazione in caso di erogazione di prestazioni e la certificazione fiscale (CU) relativa alla prestazione richiesta (entro i termini previsti dall'Agenzia delle Entrate), salvo che scelga di riceverle in forma cartacea scrivendo a [info@prevedi.it](mailto:info@prevedi.it).*

DATA COMPILAZIONE: ..... / ..... / .....

FIRMA DEL RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_

X

**5. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016, Fondo Pensione Prevedi (in seguito Fondo) con sede in Via Nizza, 45 - 00198 Roma, Titolare del trattamento, ad integrazione dell'informativa già conferita, La informa che, il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per gestire la sua richiesta di anticipazione per spese sanitarie; il conferimento dei dati è necessario per perseguire le finalità menzionate. Il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali. La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto al fondo e la conseguente determinazione del rapporto associativo, nonché gli obblighi di legge. I suoi dati personali saranno trattati per la durata del rapporto associativo e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa contabile e fiscale; tali dati saranno inoltre conservati nei limiti dei tempi prescizionali previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto associativo instaurato con il fondo. I suoi dati personali, che non saranno diffusi, potranno essere comunicati ai soggetti deputati alla gestione dei contributi previdenziali complementari e all'erogazione delle prestazioni pensionistiche complementari, a terzi per la fornitura di servizi informatici e di archiviazione e a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria. Inoltre, nel caso in cui la richiesta di anticipazione sia effettuata a favore dei propri figli, il Fondo, potrà venire a conoscenza anche di alcuni dati degli stessi; tali dati saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle finalità su menzionate; tali dati saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle finalità su menzionate. Per ottenere informazioni sull'eventuale trasferimento dei suoi dati fuori dall'unione europea, potrà inviare una e-mail all'indirizzo [dpo\\_fondoprevedi@protectiontrade.it](mailto:dpo_fondoprevedi@protectiontrade.it). Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato al seguente indirizzo mail [dpo\\_fondoprevedi@protectiontrade.it](mailto:dpo_fondoprevedi@protectiontrade.it). La informiamo infine che potrà esercitare i suoi diritti in qualità di interessato scrivendo una mail a [dpo\\_fondoprevedi@protectiontrade.it](mailto:dpo_fondoprevedi@protectiontrade.it).

**Consenso al trattamento dei dati personali**

Acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Regolamento EU 679/2016, ai sensi dell'articolo 6 dello stesso conferisco il consenso al trattamento dei dati particolari per la gestione della mia richiesta di anticipazione per spese sanitarie e interventi straordinari derivanti da gravissime situazioni.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Nota Bene** La firma dovrà essere dell'iscritto se la richiesta di anticipazione per le spese sanitarie è effettuata per sé stesso; se la richiesta è effettuata a favore di un familiare maggiorenne la firma dovrà essere apposta dal familiare dell'iscritto. Qualora il familiare sia minorenne, la firma dovrà essere apposta dal tutore legale.

## 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.)***

