

RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE

Tutte le richieste, formalmente **corrette e complete** della documentazione necessaria, **pervenute a Prevedi entro il 16 di ciascun mese, verranno liquidate intorno alla metà del secondo mese successivo a quello di ricezione.** Le richieste possono essere inviate via posta all'indirizzo indicato in calce al presente modulo, oppure scannerizzate all'indirizzo info@prevedi.it. **Non si accettano fotografie/fax.**

1. DATI ANAGRAFICI

COGNOME		NOME		SESSO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
NATO A (COMUNE/CITTÀ/STATO ESTERO)			PROV.	DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CODICE FISCALE <input type="text"/>					
INDIRIZZO DI RESIDENZA (VIA/PIAZZA)				N. CIVICO	SCALA INTERNO
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.A.P.	COMUNE/CITTÀ DI RESIDENZA			PROV.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
CELLULARE	E-MAIL*				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Inserendo l'indirizzo e-mail, l'aderente accetta di ricevere comunicazioni in forma elettronica. Tale scelta può essere modificata scrivendo a info@prevedi.it

BENEFICIARIO DELLA RICHIESTA

Aderente Figli Coniuge

2. DATI PER L'ACCREDITO

Importo richiesto: € _____ oppure Percentuale richiesta _____ %

(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)

Si ricorda che, in base alle disposizioni vigenti, è obbligatorio per il Fondo Pensione acquisire copia della documentazione definitiva (fatture). Qualora l'anticipazione venga quindi richiesta sulla base di preventivi di spesa, Lei dovrà in seguito inviare a Prevedi la suddetta documentazione definitiva. **In caso di mancato invio della stessa, o di invio di attestazione di spese sostenute inferiori di oltre il 20% rispetto all'importo effettivamente liquidato da Prevedi, quest'ultimo non Le potrà erogare ulteriori anticipazioni per spese sanitarie.**

3. COORDINATE BANCARIE O POSTALI

CODICE IBAN	CODICE PAESE	CIN	ABI (5 CIFRE)	CAB (5 CIFRE)	NUMERO CONTO CORRENTE (12 CIFRE)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BANCA					
<input type="text"/>					
INTESTATO A (COGNOME NOME)					
<input type="text"/>					

NON È POSSIBILE EFFETTUARE BONIFICI SU LIBRETTI POSTALI NON COLLEGATI AD UN CONTO CORRENTE

QUALORA L'INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE SIA DIVERSO DALL'ADERENTE, DOVRÀ ESSERE COMPILATA LA DELEGA ALLEGATA

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 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.

Firma del richiedente _____

Data _____ / _____ / _____

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

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL 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 (anche dati particolari ex art 9 del Regolamento 679/2016 quali i dati relativi allo stato di salute) 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. 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, compresi i dati relativi allo stato di salute; tali dati saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle finalità su menzionate. 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 dati personali raccolti, 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 prescrizionali previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto associativo instaurato con il fondo. I dati personali dell'interessato (l'iscritto e/o il suo familiare), che non saranno diffusi, potranno essere comunicati ai soggetti deputati alla gestione dei contributi previdenziali complementari e all'erogazione delle prestazioni pensionistiche complementari, alla Banca Depositaria; 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. Per ottenere informazioni sull'eventuale trasferimento dei dati fuori dall'unione europea l'interessato (l'iscritto o il familiare), potrà inviare una e-mail all'indirizzo dpo_fondoprevedi@protectiontrade.it.

Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato al seguente indirizzo mail dpo_fondoprevedi@protectiontrade.it.

Informiamo l'interessato (l'iscritto e/o il suo familiare) che potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e ss del Regolamento 679/2016 scrivendo una mail a 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 (dati relativi allo stato di salute) per la gestione della mia richiesta di anticipazione per spese sanitarie e interventi straordinari derivanti da gravissime situazioni.

_____ Data _____ / _____ / _____

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/nome)

Codice Fiscale _____ Sesso _____ data di nascita ____ / ____ / _____

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).

Data Compilazione ____ / ____ / _____ 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.)**

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 _____, 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 e identificato dal seguente codice IBAN.

Codice IBAN - - - -
COMPIILARE INTEGRALMENTE

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).