



RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE

PER INVIARE LA RICHIESTA: entrare nell'area riservata ai lavoratori del sito www.prevedi.it e inviare questo modulo, dopo averlo compilato e firmato, allegando il documento di identità fronte retro.

PER ASSISTENZA: rivolgersi al proprio patronato o sindacato di fiducia CGIL, CISL o UIL oppure cliccare su "Contattaci" nel sito www.prevedi.it
TEMPI DI PAGAMENTO: se la richiesta arriva a Prevedi dall'1 al 16 del mese, corretta e completa dei documenti richiesti, il pagamento sarà a metà del secondo mese successivo (ad esempio, se arriva tra l'1 e il 16 di gennaio, il pagamento sarà a metà marzo). Se invece la richiesta arriva a Prevedi (o si completa degli allegati necessari), dal 17 a fine mese, il pagamento sarà a metà del terzo mese successivo (ad esempio, se arriva tra il 17 e il 31 di gennaio, il pagamento sarà a metà aprile).

TASSAZIONE: per informazioni sulle ritenute fiscali previste dalla legge, cliccare su "Chiedi la liquidazione" nel sito www.prevedi.it

1. DATI ANAGRAFICI

COGNOME										NOME										SESSO	
																				M F	
NATO A (COMUNE/CITTÀ/STATO ESTERO)															PROV.		DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)				
CODICE FISCALE																					
INDIRIZZO DI RESIDENZA (VIA/PIAZZA)															N. CIVICO		SCALA		INT		
C.A.P.			COMUNE/CITTÀ DI RESIDENZA												PROV.						
CELLULARE					E-MAIL*																

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 NETTO 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. INDICARE IL CONTO CORRENTE BANCARIO O POSTALE SU CUI PREVEDI PAGERÀ LA LIQUIDAZIONE (NO LIBRETTO POSTALE)

COD. PAESE		COD. CONTR.		CIN		ABI			CAB		NUMERO CONTO CORRENTE		
2 LETT.		2 CIFRE		1 LETT.		5 CIFRE			5 CIFRE		12 CIFRE		
CODICE IBAN													
DENOMINAZIONE BANCA										INTESTATO A (COGNOME NOME)			

Qualora l'intestatario del conto corrente non risulti indicato, l'iban sarà considerato intestato all'iscritto richiedente

4. DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

1. **Certificazione attestante gravissimi e straordinari interventi rilasciata da ASL/medico di base/Azienda Ospedaliera** (allegato);
2. **Stato di famiglia o documento attestante legame di parentela** (in caso di richiesta per coniuge/figli)
3. **Copia documento d'identità del richiedente** (fronte/retro)
4. **Fatture comprovanti spese sostenute o preventivi di spesa** (con data non anteriore a 6 mesi dalla richiesta, completa di tutta la documentazione)

IL SOTTOSCRITTO:

- DICHIARA, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modifiche e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per la tipologia di prestazione richiesta a Prevedi e di essere consapevole 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.
- AUTORIZZA il Fondo Prevedi a verificare che il conto corrente sopra indicato sia effettivamente intestato all'iscritto richiedente la liquidazione, al fine di prevenire frodi nei pagamenti. Tale verifica verrà effettuata tramite Intesa Sanpaolo S.p.A. utilizzando il servizio "check iban CBI" nella piattaforma "CBI Globe" gestita da CBI S.c.p.a. in partnership con Nexi Payments S.p.A.
- È CONSAPEVOLE che, in base alle Direttive Europee sui servizi di pagamento, l'errata o incompleta indicazione del codice IBAN o dell'intestatario dello stesso può comportare la mancata esecuzione del pagamento da parte di Prevedi, o l'accredito sul conto corrente di un soggetto diverso dall'effettivo beneficiario della liquidazione.
- ACCETTA di ricevere, al proprio indirizzo sopra indicato, il modello CU che gli verrà inviato entro la scadenza prevista dalla legge (in genere nei primi mesi dell'anno successivo al pagamento della liquidazione), e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione entro tale scadenza.
- ACCETTA di ricevere, all'indirizzo e-mail sopra indicato, comunicazioni del Fondo Prevedi relative alla presente richiesta o alla posizione maturata nel Fondo Pensione.
- INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REG. UE 2016/679: il Fondo Prevedi, Titolare del trattamento dei dati, a integrazione dell'informativa già fornita, specifica che il trattamento dei Suoi dati personali è necessario per la gestione della richiesta di erogazione e sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali: tutti i dati verranno trattati con la massima riservatezza e Lei potrà esercitare i Suoi diritti scrivendo a dpo_fondoprevedi@protectiontrade.it. La base giuridica di tale trattamento è la Sua adesione a Prevedi ai sensi del Contratto di lavoro edile e la conseguente determinazione del rapporto associativo con il Fondo Prevedi ai sensi delle disposizioni vigenti. 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.

Firma del richiedente _____

Data _____ / _____ / _____

FIRMA PER IL CONSENSO INTEGRATIVO AL TRATTAMENTO DI DATI PARTICOLARI IN CASO DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE: il trattamento dei dati particolari Suoi e dei suoi familiari (compreso lo stato di salute) è necessario per la gestione della Sua richiesta di anticipazione per spese sanitarie. Questi dati verranno trattati con la massima riservatezza per la durata del rapporto associativo e non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ai soggetti terzi, abilitati all'accesso dei dati dalle leggi e/o dalla normativa secondaria tempo per tempo vigenti, indicati nella informativa completa disponibile nella sezione "privacy" del sito www.prevedi.it.

Firma del richiedente _____

Data _____ / _____ / _____

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.)**