

## RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE

Le richieste possono essere inviate via posta all'indirizzo indicato in calce al presente modulo, oppure scannerizzate all'indirizzo [moduli@prevedi.it](mailto:moduli@prevedi.it).  
**Non si accettano fotografie/fax.**

**Tempi di pagamento:** se la richiesta arriva a Prevedi dal giorno 1 al giorno 16 del mese, corretta e completa dei documenti richiesti, il pagamento avverrà a metà del secondo mese successivo; se arriva dal giorno 17 a fine mese, il pagamento avverrà alla metà del terzo mese successivo. Il termine decorre dal momento in cui la richiesta è completa. (Es: se arriva dall'1 al 16 gennaio, il pagamento sarà a metà marzo; se arriva dal 17 al 31 gennaio, il pagamento sarà a metà aprile)

### 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	INTERNO							
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](mailto: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. COORDINATE BANCARIE O POSTALI

CODICE IBAN	CODICE PAESE	CIN	ABI (5 CIFRE)	CAB (5 CIFRE)	NUMERO CONTO CORRENTE (12 CIFRE)
BANCA					
INTESTATO A (COGNOME NOME)					


**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 "Verifica l'importo che hai maturato" 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).

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 prescizionali 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](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).

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](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 (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.)**

## COMPILARE SOLO SE IL CONTO CORRENTE NON È INTESTATO AL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a

nato/a a  il

Codice Fiscale

iscritto al Fondo Prevedi e richiedente la liquidazione totale o parziale della posizione maturata nel medesimo Fondo, dichiara di non essere titolare di un conto corrente a sé intestato e pertanto, con la presente:

### 1) AUTORIZZA IL FONDO PREVEDI AL PAGAMENTO DELLA LIQUIDAZIONE SUL SEGUENTE CONTO CORRENTE:

Codice IBAN 

COD. PAESE	COD. CONTR.	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"/>

Intestato a (indicare il cognome, nome e codice fiscale dell'intestatario del conto corrente e allegarne documento di identità):

Nome  Cognome

Codice Fiscale

### 2) DELEGA LA PERSONA QUI SOPRA INDICATA, INTESTATARIA DEL CONTO CORRENTE SOPRA INDICATO, A INCASSARE LA LIQUIDAZIONE CHE VERRÀ PAGATA DA PREVEDI SU TALE CONTO CORRENTE

### 3) SOLLEVA IL FONDO PREVEDI DA QUALSIASI RESPONSABILITÀ PER LE CONTROVERSIE O I DANNI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI A QUANTO SOPRA

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'iscritto a Prevedi: X  
(allegare documento di identità)

Firma dell'intestatario del conto corrente: X  
(allegare documento di identità)

#### 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 dati personali (dati del delegante e del delegato) è effettuato per la gestione della prestazione da liquidare; 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 prescrizione previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto associativo instaurato con il fondo. I dati raccolti, che non saranno diffusi, potranno essere comunicati a soggetti terzi di cui il Fondo intende avvalersi per realizzazione e la gestione delle finalità su menzionate e a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria. Inoltre, il Fondo verrà a conoscenza anche di alcuni dati dell'azienda (datore di lavoro); 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).