

# MODULO RICHIESTA ANTICIPAZIONE

## 1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale: _____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: ____ / ____ / ____
Comune di nascita: _____	Prov: ( ____ ) Tel.: _____
Indirizzo di residenza: _____	CAP: _____ e-mail: _____
Comune di residenza: _____	Provincia: ( ____ )

## 2. RICHIESTA ANTICIPAZIONE

Il sottoscritto **CHIEDE** di conseguire una **ANTICIPAZIONE** della prestazione pari a (completare una sola opzione):

- \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (indicare l'importo richiesto, che non potrà comunque superare il limite max consentito)
- \_\_\_\_\_% (indicare la percentuale richiesta sul montante maturato, che non potrà comunque superare il limite max consentito)

Per il seguente motivo (barrare una sola casella):

- A)  **SPESE SANITARIE** a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari  
Può essere richiesta in qualsiasi momento per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata.
- B)  **ACQUISTO PRIMA CASA** di abitazione per sé o per i figli  
Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata.
- C)  **RISTRUTTURAZIONE**, manutenzione, restauro e risanamento sulla 1<sup>a</sup> casa di abitazione propria o dei propri figli  
Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata.
- D)  **ULTERIORI ESIGENZE** dell'aderente  
Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 30% della posizione individuale maturata.

## 3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

Data 1<sup>a</sup> iscrizione \_\_\_\_\_  
a forme pensionistiche compl.: \_\_\_\_\_

## 4. COORDINATE BANCARIE

CODICE **IBAN** : \_\_\_\_\_

Banca e Filiale: \_\_\_\_\_ Intestato a: \_\_\_\_\_

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Può essere indicato alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in % del montante maturato. L'importo indicato si intende al lordo delle imposte. In caso di duplice compilazione sarà liquidato l'importo espresso in %. Si ricorda che ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria (8 anni) sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione alle forme pensionistiche complementari per i quali non sia stato esercitato il riscatto totale della posizione individuale. Si ricorda inoltre che le somme percepite a titolo di anticipazione non possono mai eccedere, complessivamente, il 75% del totale dei versamenti, comprese le quote del TFR, maggiorati delle plusvalenze realizzate, effettuati alle forme pensionistiche complementari a decorrere dal primo momento di iscrizione alle predette forme. E' obbligatorio indicare il motivo della richiesta, in conseguenza del quale sarà necessario allegare i seguenti documenti:

- SPESE SANITARIE:** Copia della **dichiarazione ASL** (struttura pubblica competente) attestante il carattere gravissimo e straordinario delle spese sanitarie (facsimile allegato), oltre alla copia delle **fatture** attestanti le spese sostenute o i preventivi di spesa di operatori specializzati (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, le fatture relative).
- ACQUISTO PRIMA CASA:** Copia dell'**atto notarile** di acquisto, unitamente a **dichiarazione sostitutiva di atto notorio** da cui risulti la **residenza anagrafica o l'intenzione di voler trasferire entro 18 mesi dall'acquisto la propria residenza nel comune ove è ubicato l'immobile**, nonché la **dich. sostitutiva di atto notorio** da cui risulti la **non titolarità di alcun diritto reale** (proprietà o godimento) relativamente ad altre abitazioni nel territorio del comune ove è ubicato l'immobile. E' possibile produrre anche copia del contratto preliminare, riservandosi di allegare successivamente il contratto notarile definitivo. In caso di acquisto della prima abitazione per i figli, allegare **certificato di stato di famiglia**, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela. **In caso di acquisto in cooperativa**, occorre produrre, **in via provvisoria**, l'**estratto notarile del libro dei soci** attestante la prenotazione dell'alloggio, il **contratto di appalto** sottoscritto dall'iscritto o dal legale rappresentante della cooperativa e la **documentazione degli esborsi sostenuti**; in via definitiva, non appena disponibile, dovrà prodursi **copia dell'atto pubblico di assegnazione dell'alloggio**. **In caso di costruzione in proprio**, occorre produrre in via immediata: la **concessione edilizia**, il **titolo di proprietà del terreno**, il **contratto di appalto o i preventivi di spesa**. In via definitiva, entro 30 giorni dall'erogazione, le **fatture** che attestino il pagamento dei lavori effettuati ed il **certificato comunale di ultimazione dei lavori**.
- RISTRUTTURAZIONE** di cui alle lettere a), b), c), e d) del c.1 dell'art.3 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia di cui al D.P.R. 06/06/2001, n. 380): copia dell'**atto attestante la proprietà dell'immobile** da ristrutturare (estratto dalla Conservatoria dei Registri Immobiliari, ovvero l'atto notarile da cui risulti la proprietà dell'abitazione, ovvero il titolo costitutivo del diritto reale di godimento da cui risultino i dati catastali). Se gli interventi riguardano parti comuni dell'immobile, **copia della delibera assembleare** e della **tabella millesimale** di ripartizione delle spese. In caso di ristrutturazione della prima abitazione per i figli, allegare certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela. Copia delle **fatture/bonifici** attestanti le spese sostenute o i preventivi di spesa (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, le fatture relative). **Nel caso in cui l'importo complessivo dei lavori superi l'importo di € 51.645,69** va prodotta, inoltre, la **dichiarazione di esecuzione dei lavori sottoscritta da un professionista abilitato** all'esecuzione degli stessi (per gli interventi di manutenzione straordinaria), **ovvero dal responsabile della ditta appaltatrice** (per gli interventi di manutenzione ordinaria). In sostituzione della documentazione prevista dall'articolo 1, comma 3, della legge n. 449/97 per fruire della detrazione di legge in sede di dichiarazione dei redditi, è possibile produrre **idonea autocertificazione** (facsimile allegato).

I dati dell'attività lavorativa (Sez.3) vanno compilati in collaborazione con il datore di lavoro. Si segnala che: La **Quota esente** su quanto maturato entro il 31/12/2000, da indicare per i **solli lavoratori dipendenti**, rappresenta l'ammontare totale dei contributi versati al Fondo dal dipendente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. L'**Abbattimento base imponibile** che il Fondo deve applicare su quanto maturato entro il 31/12/2000, da indicare per i soli lavoratori dipendenti, è determinato nella misura di €309,87 (L.600.000) per anno di contribuzione.

Per le domande che pervengono entro e non oltre il 20 del mese il disinvestimento viene effettuato con il valore quota dell'ultimo giorno dello stesso mese; per le richieste che pervengono dopo tale termine, il disinvestimento è effettuato con il valore quota dell'ultimo giorno del mese successivo.

**Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva respo nsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' 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.**

Data Compilazione: ..... / ..... / ..... Firma: \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:** L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

**FACSIMILE**

**Dichiarazione ASL o altra struttura pubblica competente  
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 straordinari** riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche

Al Fondo pensione \_\_\_\_\_

In relazione alla domanda presentata dal Vs. aderente:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel 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/INTERVENTI LEGATI A GRAVISSIME SITUAZIONI ED  
AVENTI CARATTERE DI STRAORDINARIETÀ SOTTO IL PROFILO MEDICO.**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_.

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

**Istruzioni:**

- La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da Istituti o Cliniche convenzionate.
- Il Timbro e la firma della presente Certificazione sono obbligatori e devono consentire l'esatta identificazione del soggetto che ha attestato la situazione sanitaria; a tal fine la Certificazione può essere prodotta su carta intestata
- 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.



**AUTOCERTIFICAZIONE ANTICIPAZIONE ACQUISTO PRIMA CASA DI ABITAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false

**DICHIARA**

1. la veridicità dei dati riportati nella documentazione allegata;
2. di richiedere l'anticipazione per l'acquisto della prima casa di abitazione per sé o per i figli, e di non trovarsi pertanto – ovvero che il figlio/figli non si trovi/trovino – nelle seguenti condizioni:
  - 2.1. di non essere titolare, esclusivo ovvero in comunione con il coniuge, di diritti di proprietà, usufrutto, uso o abitazione di altra casa di abitazione ubicata nel territorio del Comune dove si trova l'immobile che si intende acquistare;
  - 2.2. di non essere titolare, neppure per una quota ovvero in regime di comunione legale, di diritti di proprietà, uso, usufrutto, abitazione o nuda proprietà su altro immobile acquistato, anche dal coniuge, usufruendo delle agevolazioni per acquisto della prima casa;
  - 2.2.1 qualora risulti titolare, anche per una quota o in comunione legale, di diritti di proprietà, uso, usufrutto, abitazione o nuda proprietà, su altro immobile acquistato, anche dal coniuge, usufruendo delle agevolazioni per acquisto della prima casa, si impegna ad alienare il predetto immobile entro 12 mesi dall'acquisto dell'immobile per cui è stata richiesta l'anticipazione
  - 2.3. qualora non risieda nel territorio del Comune dove è ubicato l'immobile che intende acquistare, si impegna a trasferirvi la residenza entro 18 mesi dall'acquisto;
3. in caso di presentazione del solo preliminare di compravendita, si impegna a trasmettere copia dell'atto notarile di acquisto, entro 6 mesi dalla data di stipula. Si impegna, altresì, a restituire l'intero importo oggetto dell'anticipazione qualora l'acquisto dell'immobile non si perfezioni, ovvero a restituire la somma in eccesso, ove l'onere sostenuto in sede di acquisto risulti inferiore all'importo erogato dal Fondo sulla base del preliminare.

....., li.....

(luogo)

(data)

In fede

.....

(firma)

## INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016, "Fondo Pensione Complementare a Capitalizzazione per gli Esercenti le Professioni Sanitarie" con sede in Via Po, 22 - 00198 Roma, Titolare del trattamento, La informa che, il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per la gestione della sua richiesta di anticipazione; 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 e il consenso. 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 prescrizionali previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto associativo instaurato con il fondo. Inoltre, nel caso in cui la richiesta di anticipazione sia effettuata a favore dei propri famigliari, FondoSanità, potrà venire a conoscenza anche di alcuni dati degli stessi. Desideriamo inoltre informarLa che in occasione delle operazioni di trattamento dei Dati il Titolare potrebbe venire a conoscenza anche di Dati che la Legge definisce particolari (p.e. lo stato di salute nel caso di richiesta di anticipazione per spese sanitarie). Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza. I suoi dati personali e quelli eventuali dei suoi familiari, non saranno diffusi, ma 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. La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dall'art. 15 e ss. del Regolamento EU 679/2016, scrivendo a [privacy@fondosanita.it](mailto:privacy@fondosanita.it)

In particolare, l'interessato potrà:

- accedere ai suoi dati personali, ottenendo evidenza delle finalità perseguite da parte del Titolare, delle categorie di dati coinvolti, dei destinatari a cui gli stessi possono essere comunicati, del periodo di conservazione applicabile, dell'esistenza di processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze possibili per l'interessato, ove non già indicato nel testo di questa Informativa;
- ottenere senza ritardo la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano;
- ottenere, nei casi previsti dalla legge, la cancellazione dei suoi dati;
- ottenere la limitazione del trattamento o di opporsi allo stesso, quando ammesso in base alle previsioni di legge applicabili al caso specifico;
- ove lo ritenga opportuno, proporre reclamo all'autorità di controllo.

**N.B.** il consenso sottostante dovrà essere sottoscritto solo nel caso di richiesta di anticipazione per spese sanitarie.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento 679/2016 conferisco il consenso al trattamento dei dati personali particolari per la gestione della mia richiesta di anticipazione per spese sanitarie e interventi straordinari derivanti da gravissime situazioni.

Firma del richiedente o del familiare \_\_\_\_\_

*1 La firma dovrà essere dell'iscritto se la richiesta di anticipazione per le spese sanitarie è effettuata per se stesso o per un familiare minorenni; se la richiesta è effettuata a favore di un familiare maggiorenne la firma dovrà essere apposta dal familiare dell'iscritto.*

ALLEGATO 1 – LIBERATORIA DELLA SOCIETÀ FINANZIARIA INERENTE  
AL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO CONTRO CESSIONE DI QUOTE  
DELLO STIPENDIO - FACSIMILE  
(su carta intestata della Società finanziaria)

Spett.le  
FondoSanità  
Via Po, 22  
00198 Roma (RM)

La sottoscritta Società finanziaria

Ragione sociale	<input type="text"/>		
Città	<input type="text"/>	via	<input type="text"/> n. <input type="text"/>
CAP	<input type="text"/>	prov.	<input type="text"/> partita iva <input type="text"/>

Nominativo da contattare \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

con riferimento al contratto di finanziamento contro la cessione di quote dello stipendio n. \_\_\_\_\_  
intestato al Vostro aderente:

Cognome e Nome	<input type="text"/>		
nato/a il	<input type="text"/>	a	<input type="text"/> prov. <input type="text"/> nazione <input type="text"/>
residente a	<input type="text"/>	via	<input type="text"/> n. <input type="text"/>
CAP	<input type="text"/>	prov.	<input type="text"/> codice fiscale <input type="text"/>

**dichiara che**

- Il sopracitato aderente ha estinto il contratto di finanziamento in data \_\_\_\_\_**
- Il sopracitato aderente ha un debito residuo di euro \_\_\_\_\_ che deve essere liquidato alla sottoscritta Società finanziaria per euro \_\_\_\_\_**
- Autorizza l'anticipazione per \_\_\_\_\_ richiesta dal suddetto aderente per un importo lordo massimo di euro \_\_\_\_\_**
- Autorizza l'anticipazione per \_\_\_\_\_ richiesta dal suddetto aderente senza alcun limite di importo**

Luogo e data

Timbro e Firma della Società finanziaria

\_\_\_\_\_