

ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE

Questa richiesta puoi farla anche **ONLINE** accedendo all’**Area Riservata** [clicca qui](#)

1. DATI ANAGRAFICI

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: Sesso: M F

Nato a: _____ Prov. _____ Stato _____ Data di Nascita _____

Residente a: _____ Prov. _____ Cap _____

Via/Piazza : _____ Telefono Fisso: _____

Cellulare: _____ e-mail: _____

2. RICHIESTA ANTICIPAZIONE PER ME PER IL CONIUGE PER I FIGLI

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

- _____, ___€ al NETTO degli oneri fiscali (indicare l’importo in cifre, se si vuole prendere meno del massimo anticipabile)
- _____ % della propria posizione individuale al LORDO degli oneri fiscali

(indicare la percentuale se si vuole richiedere il massimo anticipabile – valore massimo da inserire 75%)

Può essere indicato alternativamente l’importo in cifra o in percentuale. In caso di duplice compilazione sarà liquidato l’importo espresso in percentuale. Il Fondo può erogare all’aderente fino al 75% della posizione individuale maturata, incrementata delle precedenti anticipazioni percepite e non reintegrate, e al netto della tassazione calcolata per legge. In caso di mancata compilazione sia dell’importo in cifre che in percentuale sarà liquidato l’importo massimo dell’anticipazione.

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

Data 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: ____ / ____ / ____ (compilare solo se si vuole far valere anzianità con altro Fondo – Vedi istruzioni)

4. COORDINATE BANCARIE

CODICE IBAN :

Banca e Filiale: _____ Intestato a: _____

In assenza di conto corrente a sé intestato si prega di contattare il Fondo. Il sottoscritto è consapevole che in base alla normativa PSD (nuova Direttiva Europea sui Servizi di Pagamento), l’errata indicazione delle coordinate bancarie potrà determinare la mancata o inesatta esecuzione del bonifico, senza responsabilità per la banca del beneficiario e il Fondo Pensione, qualora la somma venisse accreditata sul conto corrente di un soggetto diverso dall’effettivo beneficiario

5. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell’art. 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016, il PrevAer – Fondo Pensione, Titolare del trattamento la informa che tratterà i suoi dati nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento EU 679/2016. Troverà l’informativa completa nell’allegato 3 al presente modulo.

N.B. In caso di richiesta anticipazione l’iscritto richiedente e/o il coniuge o i figli dovranno sottoscrivere apposito documento privacy allegato.

6. DOCUMENTI DA ALLEGARE

- copia del documento d’identità e del codice fiscale (**da allegare in ogni caso**)
- attestazione di titolarità del conto corrente rilasciata dalla Banca o dalle Poste (**da allegare in ogni caso**)
- certificazione a cura della struttura pubblica competente (ASL, ospedali, medico di base del SSN) (**Allegato 1**) (**da allegare in ogni caso**)
- consenso al trattamento dei dati personali secondo l’informativa resa dal Fondo ai sensi del Regolamento EU 679/2016 rilasciato dall’iscritto richiedente (**Allegato 3**) (**da allegare in ogni caso**)
- copia delle fatture o ricevute fiscali intestate all’interessato relative agli oneri effettivamente sostenuti e rispondenti ai requisiti richiesti dalla normativa fiscale;
- in caso di richiesta di anticipazione sulla base di preventivo, dichiarazione di assunzione di tutte le responsabilità (**Allegato 2**) con l’obbligo di presentare successivamente la documentazione fiscale comprovante la spesa effettivamente sostenuta;
- in presenza di un contratto di finanziamento contro cessione di quote di stipendio/salario, e TFR e/o delegazione di pagamento, e/o vincolo di natura giudiziaria, per l’erogazione dell’intero importo, Estinzione del debito o Liberatoria della finanziaria/autorità giudiziaria per l’erogazione dell’intero importo (vedi sotto)
- in caso di documentazione proveniente dall’estero occorre la traduzione della certificazione;
- in caso di fatture in valuta non euro è necessario indicare la data di pagamento al fine dell’individuazione del rapporto di cambio.
- qualora l’anticipazione è richiesta per il coniuge o i figli:
 - certificato di Stato di famiglia o certificato di nascita o certificato di matrimonio;
 - copia di un valido documento d’identità dell’aderente e del codice fiscale dei figli o del coniuge, qualora l’anticipazione sia richiesta in loro favore;
 - consenso al trattamento dei dati personali secondo l’informativa resa dal Fondo ai sensi del Regolamento EU 679/2016, rilasciato dal coniuge o dai figli – qualora l’anticipazione sia richiesta a loro favore – o, se minori, da chi ne esercita la potestà genitoriale o da chi ne ha la legale rappresentanza. (**Allegato 3**)


Il sottoscritto **DICHIARA** che è consapevole che in presenza di un contratto di finanziamento contro cessione del quinto e TFR e/o delegazione di pagamento e/o vincolo di natura giudiziaria, è necessario allegare anche l’attestazione di estinzione del debito o la liberatoria validata dalla società finanziaria e/o dal Giudice, e che in mancanza, l’anticipazione sarà liquidata all’aderente nei limiti dei 4/5 dell’importo netto spettante; il restante 1/5 sarà trattenuto sulla posizione dell’iscritto a garanzia del debito residuo

Il sottoscritto DICHIARA, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, 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. Il sottoscritto DICHIARA di aver compilato correttamente tutte le parti del presente modulo, di aver letto ed accettato tutte le parti del Documento sulle anticipazioni scaricabile dal sito www.prevaer.it e di aver preso visione ed accettato il contenuto del presente modulo. Il sottoscritto è inoltre consapevole che, qualora sia attiva la modalità di invio delle comunicazioni in formato elettronico, il modello CU e il prospetto di liquidazione saranno depositati all’interno dell’area riservata del sito web www.prevaer.it e che, in mancanza, accetta di riceverli per posta ordinaria all’indirizzo indicato, impegnandosi a richiederne copia in caso di mancata ricezione degli stessi.

Data Compilazione: _____ / _____ / _____ Firma: _____

I COSTI APPLICATI ALL’EROGAZIONE DELL’ANTICIPAZIONE SONO INDICATI NELLA NOTA INFORMATIVA. IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E INVIATO PER:

L’incompleta compilazione o la mancata sottoscrizione dei moduli e della documentazione allegata o la sua incompletezza comportano il rigetto della domanda presentata

 **POSTA CARTACEA**
PrevAer – Fondo Pensione
Via G. Schneider snc
Torre Uffici 1, 4° piano
00054 Fiumicino Aeroporto (Roma)

 **PEC**
prevaerfondopensione@pec.prevaer.it

 **PrevAer è paperless.** Il Fondo è impegnato ad una drastica riduzione dell’utilizzo della carta

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA E COMPILAZIONE DEL MODULO

L'Anticipazione può essere richiesta in qualsiasi momento da parte dell'aderente per spese a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli, per terapie interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche per un importo massimo della posizione maturata del 75%.

Le somme erogate a titolo di Anticipazione possono essere utilizzate anche per la copertura delle spese accessorie connesse alla terapia o all'intervento, purché debitamente documentate, quali le spese di viaggio e di soggiorno sostenute dall'aderente e quelle sostenute dal familiare per prestare assistenza al beneficiario della prestazione.

Le somme complessivamente erogate all'aderente a titolo di Anticipazione, tenuto conto di quanto liquidato anche a fronte di precedenti richieste, **non possono eccedere il 75 per cento della posizione individuale maturata** al lordo degli oneri fiscali, incrementata delle Anticipazioni percepite e non reintegrate.

L'ammontare minimo dell'Anticipazione richiedibile dal Fondo è fissato in € 500,00 (cinquecento/00) al lordo della fiscalità. Eventuali richieste ricevute dal Fondo di ammontare inferiore saranno respinte. Non è consentito presentare più di una domanda di anticipazione per volta, anche sussistendo causali diverse, così come non è consentito presentare una domanda di Anticipazione allorché non sono completate le operazioni di liquidazione per una precedente richiesta.

L'Anticipazione può essere richiesta entro 180 giorni dall'effettuazione della spesa.

Il **Fondo valuta la particolare necessità e urgenza** delle spese documentate da idonea previsione di spesa, **può corrispondere all'aderente le somme necessarie prima della terapia o dell'intervento, sulla base di idoneo preventivo di spesa** sottoscritto e rilasciato dalla struttura sanitaria presso cui l'intervento sarà effettuato; l'aderente in tal caso si impegna ad inviare la relativa copia della fattura ed a restituire la differenza nel caso in cui la fattura risulti inferiore al preventivo.

L'attestazione rilasciata dalle strutture pubbliche non preclude all'aderente la possibilità di scelta della struttura sanitaria, anche privata, italiana od estera, presso la quale effettuare la terapia o l'intervento.

In presenza di un **contratto di finanziamento contro cessione di quote di stipendio/salario e TFR e/o delegazione di pagamento**, e/o vincolo di natura giudiziaria, **deve essere prodotta l'attestazione di estinzione del debito o la liberatoria validata dalla società finanziaria e/o dal Giudice**, in assenza, l'anticipazione sarà liquidata all'aderente nei limiti dei 4/5 dell'importo netto spettante; il restante 1/5 sarà trattenuto sulla posizione dell'iscritto a garanzia del debito residuo.

Il **Fondo** provvede, **verificata la regolarità e completezza della documentazione**, all'erogazione dell'Anticipazione entro 90 giorni dalla ricezione della stessa. Qualora la documentazione prodotta risulti irregolare o incompleta, il Fondo invia all'aderente richiesta di integrazione; in tal caso, il suddetto termine di 90 giorni decorrerà nuovamente dalla data di completamento della documentazione. **L'erogazione della prestazione avverrà tramite bonifico bancario accreditato** sulla base delle coordinate bancarie indicate nel modulo compilato dall'aderente. **Sarà possibile seguire lo Stato di avanzamento della pratica e del pagamento collegandosi alla Sezione pratiche dell'area riservata.**

Non sarà possibile erogare ulteriori anticipazioni agli aderenti che non abbiano provveduto all'invio della documentazione comprovante le spese sostenute per precedenti anticipazioni e non abbiano restituito le somme non giustificate.

Le somme erogate a titolo di Anticipazione possono essere reintegrate dall'aderente, ai sensi dell'art. 11, comma 8 del D. Lgs. 252/2005, in qualsiasi momento, anche mediante contribuzioni annuali eccedenti il limite di deducibilità di euro 5.164,57. Per le modalità operative contattare il Fondo.

La **documentazione da allegare** è la seguente:

- copia documento d'identità e codice fiscale (**da allegare in ogni caso**);
- attestazione di titolarità del conto corrente rilasciata dalla Banca o dalle Poste (**da allegare in ogni caso**);
- certificazione a cura della struttura pubblica competente (ASL, ospedali, medico di base del SSN) del carattere straordinario della terapia o dell'intervento (compilare Allegato 1) copia delle fatture o ricevute fiscali intestate all'interessato relative agli oneri effettivamente sostenuti e rispondenti ai requisiti richiesti dalla normativa fiscale (**da allegare in ogni caso**);
- consenso al trattamento dei dati personali secondo l'informativa resa dal Fondo ai sensi del Regolamento EU 679/2016 rilasciato dall'iscritto richiedente (compilare Allegato 3) (**da allegare in ogni caso**);
- in caso di richiesta di anticipazione sulla base di preventivo, l'aderente dovrà sottoscrivere una dichiarazione di assunzione di tutte le responsabilità (compilare Allegato 2) con l'obbligo di presentare successivamente la documentazione fiscale comprovante la spesa effettivamente sostenuta.
- in caso di documentazione proveniente dall'estero occorre la traduzione della certificazione;
- in caso di fatture in valuta non euro è necessario indicare la data di pagamento al fine dell'individuazione del rapporto di cambio.
- qualora l'anticipazione è richiesta per il coniuge o i figli
 - documento rilasciato dalla competente amministrazione pubblica attestante il rapporto di parentela con l'aderente (Certificato di Stato di famiglia, Certificato di nascita, certificato di matrimonio);
 - copia di un valido documento d'identità dell'aderente e del codice fiscale dei figli o del coniuge, qualora l'anticipazione sia richiesta in loro favore;
 - consenso al trattamento dei dati personali secondo l'informativa resa dal Fondo ai sensi del Regolamento EU 679/2016, rilasciato dal coniuge o dai figli – qualora l'anticipazione sia richiesta a loro favore – o, se minori, da chi ne esercita la potestà genitoriale o da chi ne ha la legale rappresentanza (compilare Allegato 3).

Per ulteriori informazioni di dettaglio si rimanda al Documento sulle anticipazioni e al Documento sul Regime fiscale scaricabili dalla sezione "Documenti" del sito internet www.prevaer.it.

Allegato 1

DICHIARAZIONE ASL, ALTRA STRUTTURA PUBBLICA O MEDICO DI BASE

Per richiedere a PrevAer – Fondo Pensione un'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
PREVAER – Fondo Pensione,
Via Giacomo Schneider SNC
00054 Fiumicino RM

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/ha sostenuto terapie/interventi aventi carattere di necessità e straordinarietà per:
(sotto il profilo medico ed economico)

_____ li _____

Timbro e firma

Istruzioni:

1. 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.
2. In caso di spese sostenute per il familiare, allegare un documento rilasciato dalla competente amministrazione pubblica attestante il rapporto di parentela con l'aderente.

Allegato 2

DICHIARAZIONE PER RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE IN BASE A PREVENTIVI DI SPESA

IL SOTTOSCRITTO

Cognome:										Nome:									
Codice Fiscale:										Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F									
Nato a:					Prov.					Stato					Data di Nascita				
Residente a:										Prov					Cap				
Via/Piazza :										Telefono Fisso:									
Cellulare:										e-mail:									

in qualità di iscritto a PrevAer Fondo Pensione, avendo richiesto un'anticipazione per SPESE SANITARIE sulla base di un preventivo dispesa:

DICHIARA

- il proprio impegno ad inviare, non appena disponibile, copia della documentazione comprovante le spese effettivamente sostenute e a restituire la differenza nel caso in cui la documentazione probatoria risulti inferiore al preventivo;
- di essere consapevole che, in mancanza integrale o parziale di documentazione giustificativa di precedenti richieste di anticipazione percepite e non reintegrate, le successive verranno rigettate;
- di assumersi di tutte le responsabilità, sia civili che penali e nei confronti dell'Amministrazione Finanziaria, per le conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci o dalla mancata trasmissione della documentazione richiesta a comprova dell'avvenuta effettuazione delle spese.

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali di cui all'Art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni, nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazioni o uso di atti falsi.

Data: / / **Firma**.....

Allegato 3

INFORMATIVA E CONSENSO PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO EU 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016, il PrevAer – Fondo Pensione, Titolare del trattamento, La informa che il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per la gestione della 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 familiari, il Fondo, potrà venire a conoscenza anche di alcuni dati degli stessi; tali dati saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle finalità su menzionate. I dati trattati dal Fondo per la gestione della richiesta, sono dati anagrafici, di recapito e Iban per accredito sul c/c bancario o postale, dell'iscritto e/ del familiare nel caso in cui l'anticipazione sia richiesta da quest'ultimo, dati relativi allo stato di salute dell'iscritto o del familiare (dati particolari ai sensi dell'art. 9 del Regolamento). Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza. La base giuridica del trattamento è il riscontro ad una richiesta dell'interessato, l'adesione dell'iscritto al Fondo Pensione e la conseguente determinazione del rapporto associativo, nonché gli obblighi di legge e il consenso dell'interessato. I dati personali acquisiti per le finalità su menzionate 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, al termine del rapporto associativo, per garantire l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto instaurato con il fondo. I dati personali dell'iscritto o del familiare per il quale è presentata la domanda di anticipazione, non saranno diffusi, ma 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.

La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dal Regolamento, scrivendo a info@prevaer.it In particolare, 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, l'interessato potrà proporre reclamo all'autorità di controllo.

Consenso al trattamento dei dati personali

Acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 e 14 del Regolamento, ai sensi dell'articolo 6 dello stesso conferisco il consenso al trattamento dei dati miei personali particolari per la gestione della richiesta di anticipazione per spese sanitarie.

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Luogo e Data..... Firma*

*** N.B.: IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE SOTTOSCRITTO DALL'ISCRITTO E/O DAL CONIUGE E/O DAI FIGLI PER I QUALI SI RICHIEDE L'ANTICIPAZIONE. SE L'INTERESSATO È MINORE LA FIRMA APPOSTA SARÀ QUELLA DEL GENITORE.**

PrevAer – Fondo Pensione

Via G. Schneider snc
Torre Uffici 1, 4° piano
00054 Fiumicino Aeroporto (Roma)