

Sede operativa: **00147 Roma - Via C. Colombo, 137**  
 Sede legale: 00153 Roma - Piazza G.G. Belli, 2  
 Iscritto all'Albo dei fondi pensione con il n. 123  
 Autorizzato all'esercizio dell'attività 23 ottobre 2001

**MODULO DI RICHIESTA ANTICIPAZIONE**

**NON PUO' ESSERE INVIATO VIA FAX**

**1. DATI DELL'ADERENTE**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  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 1ª 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 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**4. COORDINATE BANCARIE (IBAN):** In mancanza di riferimenti bancari il Fondo provvederà all'invio di assegno circolare non trasferibile. Ritardi e rischi connessi alla spedizione dell'assegno sono a completo carico dell'iscritto, il quale è tenuto a sottoscrivere l'ESONERO DI RESPONSABILITA' (Allegato 3).

CODICE PAESE	CIN	ABI	CAB	numero conto

Intestato a: \_\_\_\_\_ Banca: \_\_\_\_\_

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

Può essere indicato alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in percentuale del montante maturato. L'importo indicato si intende al lordo delle imposte. In caso di duplice compilazione sarà liquidato l'importo espresso in %.

**L'ammontare minimo della anticipazione richiedibile al Fondo è fissato in € 2.000,00 (duemila/00) al lordo della fiscalità. Eventuali richieste ricevute dal Fondo di ammontare inferiore non saranno erogate.**

Si ricorda che ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria (8 anni) sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione alle forme pensionistiche complementari maturati dall'aderente per i quali lo stesso non abbia 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.

**Qualora abbia in corso un finanziamento garantito da cessione del quinto dello stipendio, l'aderente dovrà produrre la liberatoria della finanziaria. In assenza della liberatoria, l'anticipazione può essere liquidata solo per spese sanitarie, nei limiti dei 4/5 del montante disponibile, a fronte della documentazione presentata per la prestazione richiesta ed il restante 1/5 rimarrà vincolato a favore dell'istituto mutuante.**

**E' obbligatorio indicare il motivo della richiesta, in conseguenza del quale sarà necessario allegare i seguenti documenti:**

- SPESE SANITARIE:** Copia della **dichiarazione ASL** (o struttura pubblica competente) attestante il carattere gravissimo e straordinario delle spese sanitarie (vedi Allegato 1), oltre alla copia autenticata delle **fatture** attestanti le spese sostenute o i preventivi di spesa di operatori specializzati (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, copia autenticata delle fatture relative); **copia del documento d'identità e del codice fiscale del richiedente.**
- ACQUISTO PRIMA CASA:** Copia dell'**atto notarile** di acquisto. E' possibile produrre anche copia del contratto preliminare, riservandosi di allegare successivamente il contratto notarile definitivo. In caso di assegnazione da **Cooperativa** allegare l'**atto di assegnazione dell'alloggio**. 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 richieste di anticipazione per acquisto prima casa che vengano avanzate successivamente all'atto di acquisto, le stesse devono pervenire al Fondo entro 18 mesi dalla data di stipula dell'atto; copia del documento d'identità e del codice fiscale del richiedente.**
- 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). In caso di ristrutturazione della prima abitazione per i figli, allegare **certificato di stato di famiglia** attestante il rapporto di parentela. Copia conforme all'originale delle **fatture/bonifici** (dovuti per legge) attestanti le spese sostenute o i preventivi di spesa (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, le fatture relative). 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** (vedi Allegato 2).

**Il sottoscritto DICHIARA la veridicità dei dati riportati nella documentazione allegata e SI IMPEGNA, entro i termini previsti nel "Documento sulle anticipazioni", in base al caso specifico di richiesta, ad inviare al Fondo:**

- copia conforme all'originale delle fatture, in caso di presentazione di preventivi di spesa
- copia atto definitivo di acquisto dell'immobile o di assegnazione dell'alloggio
- ed a restituire la differenza in caso di erogazione di un importo superiore rispetto alla documentazione fiscale prodotta

**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.**

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

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

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previdina S.p.A. che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento non possono pertanto essere ceduti, coperti, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previdina S.p.A.



**IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE INVIATO AL FONDO A  
MEZZO RACCOMANDATA A/R ALL'INDIRIZZO SOPRA  
INDICATO**

Sede operativa: **00147 Roma - Via C. Colombo, 137**  
Sede legale: 00153 Roma - Piazza G.G. Belli, 2  
Iscritto all'Albo dei fondi pensione con il n. 123  
Autorizzato all'esercizio dell'attività 23 ottobre 2001

Allegato 1

**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**

**Spett.le Fondo pensione FON.TE**

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 ED  
ECONOMICO.**

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

*Timbro e firma*

\_\_\_\_\_

**Istruzioni:**

- La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante accreditato o da Istituti o Cliniche accreditate.
- 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.



Sede operativa: 00147 Roma - Via C. Colombo, 137  
Sede legale: 00153 Roma - Piazza G.G. Belli, 2  
Iscritto all'Albo dei fondi pensione con il n. 123  
Autorizzato all'esercizio dell'attività 23 ottobre 2001

Allegato 3

**ESONERO DI RESPONSABILITA'  
NEL CASO L'ISCRITTO NON ABBAIA IL CONTO CORRENTE PER L'ACCREDITO DELL'IMPORTO  
DOVUTO**

Spett.le  
Fondo pensione Fon.Te

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, io sottoscritto/a.....  
nato/a.....il..... e residente in..... cap.....,  
Prov..... in Via ....., n .....,  
non disponendo di un conto corrente bancario e/o postale sul quale possa essere corrisposto quanto a  
me dovuto dal Fondo a seguito della richiesta di.....<sup>1</sup>della posizione  
individuale maturata, espressamente manifesto il mio consenso affermando che benché sia stato reso  
ben edotto da parte del Fondo dei rischi connessi alla spedizione, a mezzo posta, dell'assegno  
circolare non trasferibile sia per il ritardo che per l'eventuale sottrazione dell'assegno stesso,

**DICHIARO**

di esonerare il Fondo da ogni responsabilità comunque connessa all'invio dell'assegno circolare non  
trasferibile, con assicurata a.r. a mezzo del servizio postale, restando inteso sin d'ora che, ogni  
eccezione rimossa, io sottoscritto mi obbligo ad assumere personalmente ogni conseguenza,  
adoperandomi personalmente presso il servizio postale e presso ogni altra autorità, sopportandone  
anche i relativi costi e oneri di ogni specie, sia nell'espletamento richiesto e di ogni successivo  
adempimento, ma anche in particolar modo per la successiva fase della procedura di ammortamento  
del titolo di credito sottratto (o smarrito) e nelle eventuali relative cause di opposizione da parte di  
terzi, o comunque connesse alla sottrazione e/o alla perdita del titolo di credito, obbligandomi quindi a  
fare tutto quanto sarà ritenuto necessario affinché, da parte del Fondo, possa essere disposta una  
nuova procedura di pagamento.

Firma

Luogo e Data

.....

.....

<sup>1</sup> Inserire l'opzione richiesta (*ANTICIPAZIONE, RISCATTO, PRESTAZIONE*)