

**1. DATI DELL'ADERENTE**

Cognome:																Nome:																					
Codice Fiscale:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																															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, presa visione del **documento sulle anticipazioni**, chiede di conseguire una anticipazione per spese sanitarie sulla posizione individuale maturata ai sensi dell'art. 11 comma 7, lett. a), D.Lgs. 252/2005 e art. 13 comma 1, lett. a), Statuto Fon.Te.: (completare una sola opzione)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ € (indicare l'importo richiesto)

\_\_\_\_\_ % (indicare la percentuale richiesta)

e a tal fine trasmette, oltre al presente modulo, i documenti previsti.

**3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI**

Data 1 <sup>a</sup> iscrizione a forme pensionistiche complementari:	_____ / _____ / _____														
--	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**4. COORDINATE BANCARIE (IBAN)**

COD.PAESE	COD.CONTROLLO	CIN	ABI (5 CARATTERI NUMERICI)	CAB (5 CARATTERI NUMERICI)	NUMERO CONTO CORRENTE (12 CARATTERI ALFANUMERICI)
-----------	---------------	-----	----------------------------	----------------------------	---

BANCA E FILIALE:																INTESTATO A:			
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------	--	--	--

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 2).

**5. ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE - CONDIZIONI GENERALI DI EROGAZIONE**

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. L'erogazione dell'anticipazione sulla posizione individuale è effettuata al netto degli oneri fiscali.**

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 all'aderente beneficiario della prestazione.

Qualora abbia in corso un contratto di finanziamento notificato al Fondo, l'aderente dovrà produrre la liberatoria della Società Finanziaria. In assenza della liberatoria e solo per spese sanitarie l'anticipazione può essere liquidata nei limiti dei 4/5 del montante erogabile, a fronte della documentazione presentata per la prestazione richiesta ed il restante 1/5 rimarrà vincolato a favore dell'istituto mutuante. Si ricorda che le somme percepite a titolo di anticipazione non possono mai eccedere, complessivamente, il 75% della posizione individuale tempo per tempo maturata, incrementata delle eventuali anticipazioni già percepite e non reintegrate. In caso di superamento di detto massimale, l'importo da erogarsi verrà automaticamente ridotto entro il limite consentito. **Relativamente alle richieste di anticipazioni per spese sanitarie, è necessario allegare i seguenti documenti da parte dell'aderente o del beneficiario:**

- **dichiarazione ASL** (o altra struttura pubblica competente) attestante il carattere straordinario necessario ed estremamente grave della terapia o dell'intervento (vedi Allegato 1);

- **copia conforme all'originale delle fatture o di ricevute fiscali attestanti i costi effettivamente sostenuti** (in tal caso la richiesta può essere fatta entro 120 giorni) ovvero **dei preventivi di spesa di operatori specializzati** emessi non oltre i 120 giorni precedenti la presentazione della richiesta (in questo caso produrre in seguito, non oltre 6 mesi dalla data di erogazione dell'anticipazione, copia conforme delle fatture relative o delle ricevute fiscali);

- **copia del documento d'identità e del codice fiscale.**

- eventuale liberatoria finanziaria, qualora ne ricorrano i presupposti

In caso di spese sostenute per il coniuge o i figli:

- **stato di famiglia** o altro documento attestante il rapporto di parentela con l'aderente;

- **consenso al trattamento dei dati personali** secondo l'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, firmato 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;

- **copia del documento d'identità e del codice fiscale dell'aderente**

**6. DICHIARAZIONE DI IMPEGNO**

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 la veridicità dei dati riportati nella documentazione allegata. 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 inoltre di aver ricevuto e preso visione dell'informativa sulla privacy (Allegato 3). Il sottoscritto si impegna inoltre, entro i termini previsti nel "Documento sulle anticipazioni", a inviare al Fondo, in base al caso specifico di richiesta, copia conforme all'originale delle fatture (in caso di presentazione di preventivi di spesa) ed a restituire la differenza in caso di erogazione di un importo superiore rispetto alla documentazione fiscale prodotta. Il sottoscritto è consapevole: a) che comunque il Fondo non è responsabile per le erogazioni effettuate in favore degli aderenti che dovessero successivamente risultare non legittimati a richiedere l'anticipazione ovvero nell'ipotesi che il richiedente non invii la documentazione fiscale; b) che la richiesta di anticipazione può essere richiesta entro 120 giorni dall'effettuazione della spesa.

Data Compilazione: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma aderente: \_\_\_\_\_

Inviare tramite raccomandata a/r a:  
**Fondo pensione Fon.Te.**  
**Via C. Colombo, 137 - 00147 ROMA**

**Visionare tutti gli allegati**

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:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

- al fine di ottenere un'anticipazione della posizione individuale maturata nel Fondo Pensione Fon.Te., come previsto dall'art.11, comma 7, lett. a), del D.Lgs. n° 252 del 2005;

**SI DICHIARA CHE**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

(inserire il nome dell'aderente al Fondo Pensione o del familiare dell'aderente).

**DEVE SOSTENERE** terapie/interventi legati a gravissime situazioni ed aventi carattere straordinario necessario ed estremamente grave sotto il profilo medico ed economico.

oppure

**HA SOSTENUTO** terapie/interventi legati a gravissime situazioni ed aventi carattere straordinario necessario ed estremamente grave sotto il profilo medico ed economico.

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro

Firma del medico

\_\_\_\_\_

*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 coniuge o i figli, allegare stato di famiglia o altro documento attestante il rapporto di parentela con l'aderente.**

ALLEGATO 2
------------

**ESONERO DI RESPONSABILITA'  
NEL CASO IN CUI L'ISCRITTO NON ABBAIA UN 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  
**ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE** 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, a mezzo  
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.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO 3

### **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D. LGS. N. 196/2003)**

Ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice Privacy), il Fondo Pensione FON.TE. fornisce le seguenti informazioni sul trattamento effettuato dei dati personali dei propri iscritti:

#### **1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO**

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti al Fondo Pensione FON.TE. (di seguito Fondo Pensione), sono effettuati:

- per la finalità di corrispondere prestazioni pensionistiche complementari in attuazione di quanto stabilito dallo Statuto del Fondo Pensione;
- per la finalità di corrispondere ogni altra prestazione alla quale il Fondo Pensione sia autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- in esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate o da organi di vigilanza a cui il Fondo Pensione è soggetto.

#### **2. CONFERIMENTO DEI DATI**

Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per l'adempimento delle finalità perseguite dal Fondo Pensione. L'eventuale rifiuto comporterà l'inevitabile rigetto della domanda di adesione al Fondo Pensione presentata dall'interessato, nonché delle richieste correlate alla partecipazione dell'interessato al Fondo anche relative a soggetti eventualmente diversi dall'interessato (es. familiari).

#### **3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi. I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori del Fondo Pensione, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo Pensione e in conformità alle istruzioni che saranno dallo stesso impartite.

#### **4. COMUNICAZIONE DEI DATI**

Il Fondo Pensione potrà comunicare i dati personali acquisiti a soggetti e società esterne che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività.

In particolare i soggetti predetti potranno essere costituiti da:

- istituti bancari incaricati dell'attività di custodia e gestione del patrimonio;
- compagnie di assicurazione e società finanziarie incaricate della gestione delle risorse del Fondo Pensione;
- società di servizi amministrativi, contabili ed informatici;
- pubbliche amministrazioni ed organi di vigilanza, quando previsto dalla normativa vigente.

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

#### **5. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'art. 7 del Codice Privacy garantisce all'interessato, tra gli altri, i seguenti diritti:

- ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; l'attestazione che le operazioni che le operazioni predette sono state portate a conoscenza, anche per il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati;
- opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.

#### **6. TITOLARE E RESPONSABILI**

Titolare del trattamento dei dati è il Fondo Pensione FON.TE, con sede legale in Piazza G.G. Belli, 00153 Roma - Tel. 06.58303558 - Fax 06.5809074.

L'elenco degli altri Responsabili nominati è consultabile sul sito web del Fondo Pensione all'indirizzo [www.fondofonte.it](http://www.fondofonte.it).