



### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEI FAMILIARI

Il familiare per il quale viene chiesta l'anticipazione, con la sottoscrizione del presente modulo, autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Data \_\_\_\_\_

Firma familiare/genitore/tutore \_\_\_\_\_



Il sottoscritto avendo preso visione del documento sulle anticipazioni 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. 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.

Il sottoscritto è consapevole, inoltre, che il modello cu, sarà depositato all'interno dell'area riservata del sito web [www.previdenzacooperativa.it](http://www.previdenzacooperativa.it) accessibile con le proprie credenziali di accesso entro la scadenza di legge dell'anno successivo a quello di pagamento.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Aderente \_\_\_\_\_



Apporre le firme dove indicato dal simbolo e dall'indicazione: Firma dell'Aderente

L'incompleta compilazione del modulo o la mancanza della firma o della documentazione allegata prevista comporta il rigetto dello stesso

**IL IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E INVIATO PER POSTA CARTACEA, PEC O POSTA ELETTRONICA a Fondo Pensione PREVIDENZA COOPERATIVA**

**PER POSTA**



Via Carlo Bartolomeo Piazza, 8  
00161 Roma

**PER POSTA ELETTRONICA  
CERTIFICATA**



[previdenzacooperativa@pec.it](mailto:previdenzacooperativa@pec.it)

**PER POSTA ELETTRONICA**



[protocollo@previdenzacooperativa.it](mailto:protocollo@previdenzacooperativa.it)

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

### anticipazione per spese sanitarie

- L'Anticipazione è concessa all'aderente per le spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi riconosciuti e attestati dalle competenti strutture pubbliche.
- 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.
- L'Anticipazione può essere richiesta **entro 180 giorni** dall'effettuazione della spesa.
- **Ai fini dell'accoglimento delle richieste di Anticipazione, la documentazione da produrre da parte dell'aderente è la seguente:**
  - a. **copia documento d'identità**;
  - b. **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**);
  - c. copia delle **fatture o ricevute fiscali** intestate all'interessato relative agli oneri effettivamente sostenuti e rispondenti ai requisiti richiesti dalla normativa fiscale;
  - d. il Fondo, valutata 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, fermo restando l'obbligo di presentare successivamente la documentazione fiscale comprovante la spesa effettivamente sostenuta che dovrà pervenire al fondo nel minor tempo possibile ;
  - e. se l'anticipazione viene richiesta per spese sanitarie effettuate per il **coniuge o per figli** allegare un **certificato di stato di famiglia** o **altro documento**, rilasciato dal comune di residenza, attestante il **rapporto di parentela**;
  - f. in caso di documentazione proveniente dall'estero occorre la traduzione della certificazione;
  - g. in caso di fatture in valuta non euro è necessario indicare la data di pagamento al fine dell'individuazione del rapporto di cambio.
- 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.
- 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.

**Modalità di pagamento:** Riportare le coordinate iban reperibili sul proprio estratto conto. l'assenza del codice iban composto da 27 caratteri alfanumerici impedisce l'erogazione dell'anticipazione. In assenza di conto corrente a sé intestato si prega di contattare il Fondo.

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.

**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. Il versamento dovrà essere eseguito tramite bonifico bancario con causale "Reintegro anticipazioni" seguito dal codice fiscale dell'aderente. (Per il trattamento fiscale delle anticipazioni reintegrate vedi il documento sul regime fiscale).

**Nota bene:** le somme percepite a titolo di anticipazione non possono mai eccedere, complessivamente, il 75% della posizione individuale maturata, incrementata delle precedenti anticipazioni percepite e non reintegrate. Per ulteriori dettagli vedi il documento sulle anticipazioni e sul regime fiscale.

**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 deve essere prodotta apposita liberatoria (allegato 3) validata da parte della finanziaria e/o dal giudice. In assenza della liberatoria, 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 (art. 11 comma 10 del D. Lgs. 252/2005 e gli Orientamenti Covip del 30 maggio 2007).

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



PRIMA DI TRASMETTERE LA DOMANDA AL FONDO È NECESSARIO:

- 1) Compilare e firmare i moduli.
- 2) Allegare la documentazione richiesta.

Spedire via posta a: Previdenza Cooperativa - Via C. B. Piazza 8 00161 ROMA o via mail a [protocollo@previdenzacooperativa.it](mailto:protocollo@previdenzacooperativa.it)

**N.B. Nessun'altra richiesta di anticipazione potrà essere esaminata fino alla chiusura della pratica.**

### PER INFORMAZIONI CHIAMARE



**199 280909**

Il costo del servizio legato al numero 199 28 09 09 è paragonabile, per chi chiama da rete fissa, a quello di una chiamata urbana:  
- da rete fissa 2,4 centesimi di euro al minuto e di 6 centesimi di euro alla risposta (iva inclusa);  
- da rete mobile di 15 centesimi di euro alla risposta, per la conversazione dipende dal gestore di appartenenza (iva inclusa)

## MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Il disinvestimento della posizione individuale a seguito delle richieste di anticipazione pervenute al Fondo entro il giorno 20 di ciascun mese, viene effettuato sulla base del valore quota della fine del medesimo mese. Le richieste pervenute al Fondo oltre il predetto termine sono liquidate sulla base del valore di quota del mese successivo.

Presupposto del rispetto della tempistica di disinvestimento sopra descritta è la verifica della completezza e regolarità delle richieste di anticipazione.

**Modalità di pagamento:** Il Fondo provvede, verificata la regolarità e completezza della documentazione, all'erogazione dell'Anticipazione entro 90 giorni dalla ricezione della stessa. L'erogazione della prestazione avverrà tramite bonifico bancario accreditato sulla base delle coordinate bancarie indicate nel modulo compilato dall'aderente.

**Stato di avanzamento della pratica e del pagamento:** il fondo segnala all'iscritto lo stato di avanzamento della sua richiesta di liquidazione via SMS. L'iscritto che ha in corso una liquidazione riceve dal fondo:

- un primo SMS che lo informa che la sua richiesta è stata presa in carico cioè che, la pratica è corretta, non ci sono anomalie e che sarà disinvestita;

- un secondo SMS che notifica l'avvenuto pagamento delle somme corrispondenti.

Tra il primo e il secondo SMS passano circa 70 giorni. Quindi se avete ricevuto un SMS a marzo che vi informa che la vostra liquidazione è stata "presa in carico" significa che il pagamento sarà fatto a metà maggio e così via.....

## ALLEGATO 1 – DICHIARAZIONE ASL O MEDICO DI BASE

### DICHIARAZIONE ASL O MEDICO DI BASE DEL SSN

Per richiedere al Fondo Pensione Previdenza Cooperativa 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.

A PREVIDENZA COOPERATIVA  
Fondo Pensione Complementare  
Via C. B. Piazza, 8  
00161 ROMA

In relazione alla domanda presentata dal Vs. iscritto:

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

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

al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel Fondo Pensione, ai sensi della normativa vigente

SI DICHIARA

che il sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
(riportare il nome dell'iscritto al Fondo Pensione oppure del coniuge o del figlio dell'iscritto e la relazione di parentela)

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO DEL SSN  
(completo di codice regionale)

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

### ISTRUZIONI E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico di base del SSN o da Istituti o Cliniche convenzionate.

In caso di spese sostenute per il coniuge o i figli allegare lo stato di famiglia o altro documento idoneo ad attestare il rapporto di parentela con l'iscritto.

## 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					il				
Residente a										Prov.									
Via/Piazza										Cap									

in qualità di iscritto al Fondo Pensione PREVIDENZA COOPERATIVA, avendo richiesto un'anticipazione per SPESE SANITARIE sulla base di preventivo, si impegna ad inviare, non appena disponibile, copia della documentazione comprovante le spese effettivamente sostenute ed, eventualmente, a restituire la differenza nel caso in cui la documentazione probatoria risulti inferiore al preventivo. Inoltre, dichiara di essere consapevole che, in mancanza di documentazione giustificativa di precedenti richieste di anticipazione percepite e non reintegrate, le successive verranno rigettate. Sono, altresì, consapevole che rimangono a mio carico le responsabilità nei confronti dell'Amministrazione Finanziaria.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Aderente \_\_\_\_\_

