



<input type="checkbox"/>	Certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela con l'aderente oppure, in alternativa, un estratto del certificato di nascita con indicazione della maternità e paternità, se la richiesta è per il figlio o un estratto del certificato di matrimonio, se la richiesta è per il coniuge.
<input type="checkbox"/>	Liberatoria della finanziaria/autorità giudiziaria, 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. In assenza della liberatoria, l'anticipazione sarà liquidata all'aderente nei limiti dei 4/5 dell'importo netto spettante.
<input type="checkbox"/>	Traduzione della documentazione proveniente dall'estero.
<input type="checkbox"/>	Data di pagamento per pagamenti in valuta non euro.

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 accessibile con le proprie credenziali di accesso entro la scadenza di legge dell'anno successivo a quello di pagamento.

Data _____ Firma dell'Aderente _____ 

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEI FAMILIARI


I Suoi dati saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, del D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i., come da informativa ricevuta in fase di adesione, disponibile anche sul sito web del Fondo e/o all'interno dell'area riservata.

Data _____ Firma figlio (genitore/tutore) _____
o coniuge 



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 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

PER POSTA ELETTRONICA
 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 e codice fiscale,**
 - 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**, rilasciato dal comune di residenza, attestante il **rapporto di parentela** oppure, in alternativa, un estratto del certificato di nascita con indicazione della maternità e paternità, se la richiesta è per il figlio, o un estratto del certificato di matrimonio, se la richiesta è per il coniuge.
 - 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 e inviare l'attestazione di titolarità del conto corrente rilasciata dalla Banca o Poste dell'aderente a conferma che il conto sia registrato a suo nome. 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 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

N.B. Sulla base del medesimo valore quota, potrà essere esaminata una sola anticipazione alla volta.

PER INFORMAZIONI CHIAMARE



04221745957

- Il costo del servizio telefonico è paragonabile a quello di una chiamata da rete fissa e la tariffazione dipende dal proprio operatore di telefonia fissa o mobile.



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 80 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 fine 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 _____

