PREVIDENZA COOPERATIVA
Iscrizione Albo Covip N.170

È NECESSARIO ALLEGARE

1. COPIA DEL **DOCUMENTO DI IDENTITÀ** IN CORSO DI VALIDITÀ
2. COPIA DEL **CODICE FISCALE/TESSERA SANITARIA**
3. **ULTERIORI DOCUMENTI** NELL' ELENCO IN BASSO

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

DATI ANAGRAFICI

Cognome		Nome	
Codice Fiscale			Sesso: ☐ M ☐ F
Nato a	Prov.	Stato	il
Residente a			Prov.
Via/Piazza			Cap
Telefono fisso	Cellulare	e-mail	

RICHIESTA ANTICIPAZIONE

Il sottoscritto CHIEDE di conseguire un'ANTICIPAZIONE della prestazione ❑ PER SÉ ❑ PER IL CONIUGE ❑ PER I FIGLI pari a:

❑	_____,__ € al NETTO degli oneri fiscali (in lettere _____/_____) *(N.B. inserire importo in cifre se si vuole prendere meno del massimo anticipabile oppure se il preventivo/fattura è inferiore al massimo anticipabile)*
❑	in alternativa _____ % della propria posizione individuale al LORDO degli oneri fiscali (*N.B. mettere la percentuale se si vuole prendere il massimo anticipabile oppure il preventivo è maggiore del massimo anticipabile-valore massimo da poter inserire 75%*)

Può essere indicato alternativamente l'importo in cifre 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. L'importo anticipato non potrà mai essere superiore alla spesa sostenuta e giustificata. Nel caso di richiesta di importo netto, lo stesso potrebbe subire variazioni, anche in negativo, in conseguenza dell'andamento dei mercati finanziari.

DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

Data 1a iscrizione a forme pensionistiche complementari: ___ /___ / _____

COORDINATE CONTO BANCARIO O POSTALE A ME INTESTATO

IBAN

In assenza di un conto corrente a sé intestato si prega di contattare il Fondo.

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa allegata ai sensi del art.13 e 14 del regolamento UE 679/2016 – UTILIZZO DEI SERVIZI DI VERIFICA DI CONGRUITÀ DEL CODICE IBAN, acconsente alla comunicazione dei dati a terzi per la fornitura di servizi informatici (codice fiscale, codice iban, esito della verifica di congruità del codice iban trasmesso). Nel caso di esito negativo della verifica di congruità del codice IBAN, 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 l'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.

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.

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 dell'Aderente** _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

❑	Fotocopia del documento d'identità e del codice fiscale/tessera sanitaria.
❑	Allegato 1 certificazione del carattere straordinario della terapia o dell'intervento rilasciata da ASL/ medico di base/Istituti o Cliniche convenzionate con il SSN.
❑	Copia delle fatture o ricevute fiscali intestate all'interessato (se in valuta non euro indicare la data di pagamento) oppure copia dei preventivi di spesa intestate all'interessato.
❑	Allegato 2 dichiarazione per richiesta di anticipazione in base a preventivo.
❑	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.
❑	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.
❑	Traduzione della documentazione proveniente dall'estero.
❑	Data di pagamento per pagamenti in valuta non euro.

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 O PEC a Fondo Pensione PREVIDENZA COOPERATIVA

POSTA

Via Carlo Bartolomeo Piazza, 8 00161 Roma

PEC

previdenzacooperativa@pec.it

PREVIDENZA COOPERATIVA
Iscrizione Albo Covip N.170

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 in relazione alla terapia o all'intervento e quelle sostenute 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. fotocopia documento d'identità, fotocopia del codice fiscale/tessera sanitaria e attestazione di titolarità del conto corrente rilasciata dalla Banca o dalle Poste;
  b. certificazione a cura della struttura pubblica competente (ASL, medico di base del SSN, Istituti o Cliniche convenzionate con il 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. 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**.
Nel caso di esito negativo della verifica di congruità del codice IBAN, il Fondo si riserva di richiedere l'attestazione di titolarità del conto corrente rilasciata dalla Banca o Poste.

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 PEC a previdenzacooperativa@pec.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: Fermo restando i termini stabiliti dalla normativa di settore, 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. 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.

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

- una prima e-mail che lo informa che la richiesta è stata protocollata;
- una seconda e-mail che lo informa che la richiesta è stata accettata, considerata completa e idonea al disinvestimento;
- una terza e-mail che lo informa che Il pagamento della pratica è stato disposto e di verificare l'accredito sul conto corrente indicato.

Tra la seconda e la terza e-mail passano circa 70 giorni. Quindi se avete ricevuto la seconda e-mail a marzo che vi informa che la vostra liquidazione è stata "accettata" significa che il pagamento sarà fatto a fine maggio e così via……

Accedendo all'area riservata iscritti dal sito www.previdenzacooperativa.it - sezione PRATICHE – è possibile:

- **monitorare lo stato di avanzamento della richiesta**
- **verificare la presenza di eventuali anomalie e le notifiche per la loro risoluzione**
- **caricare direttamente on-line la documentazione mancante per risolvere le anomalie**
- **seguire gli step di accettazione, disinvestimento e pagamento della pratica.**

PREVIDENZA COOPERATIVA
Iscrizione Albo Covip N.170

ALLEGATO 1 – DICHIARAZIONE ASL O MEDICO DI BASE

DICHIARAZIONE ASL O MEDICO DI BASE DEL SSN O DA ISTITUTI O CLINICHE CONVENZIONATE CON IL 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 con il SSN.

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.

PREVIDENZA COOPERATIVA
Iscrizione Albo Covip N.170

ALLEGATO 2 – DICHIARAZIONE PER RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE IN BASE A PREVENTIVI DI SPESA

IL SOTTOSCRITTO

Cognome							Nome										
Codice Fiscale																	Sesso: ☐ M ☐ 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** _____

PREVIDENZA COOPERATIVA
Iscrizione Albo Covip N.170

INFORMATIVA EX ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 679 DEL 2016 IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI – UTILIZZO DEL SERVIZIO DI VERIFICA DI CONGRUITA' DEL CODICE IBAN

Il Fondo Pensione PREVIDENZA COOPERATIVA, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali (di seguito, "FONDO" oppure il "Titolare"), La informa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. (UE) n. 2016/679 (nel seguito, "GDPR"), che i Suoi dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità nel seguito indicate.

FINALITA' DEL TRATTAMENTO

Per finalità di prevenzione delle frodi nei pagamenti, il Titolare verificherà che il codice IBAN da Lei comunicato in fase di richiesta di erogazione sia corretto e si riferisca all'intestatario del conto corrente (o a chi ha il potere di operare sullo stesso). Il Titolare effettuerà tale verifica tramite l'Intesa Sanpaolo S.p.A. (di seguito, "PSP Calling") – in maniera diretta o per il tramite di altro Intermediario autorizzato dal Titolare - il quale aderisce al Servizio "Check Iban CBI" – disponibile sulla piattaforma denominata CBI Globe e gestita da CBI S.c.p.a. in partnership con Nexi Payments S.p.A. – che consente ai soggetti aderenti al Servizio stesso (Prestatori di servizi di pagamento o, in breve, "PSP"), di effettuare, per conto delle aziende clienti una verifica di congruità del codice IBAN ricevuto dalla Corporate, presso il PSP di radicamento del conto corrente dell'utente (di seguito, "PSP Responding").

DATI PERSONALI TRATTATI

I dati personali acquisiti e trattati sono: Codice Fiscale e/o P.IVA, codice IBAN, esito della verifica di congruità del codice IBAN (OK/KO) trasmesso dal PSP Responding. Il mancato conferimento dei suddetti dati impedirà al Titolare di procedere alla richiesta di erogazione.

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Legittimo interesse del Titolare o di terzi (articolo 6, paragrafo 1, lettera f), del GDPR), ossia dei soggetti aderenti al Servizio "Check Iban CBI" alla prevenzione di frodi nei pagamenti. Le informazioni saranno utilizzate solo nell'ambito del processo di verifica di congruità del codice IBAN tramite il Servizio "Check Iban CBI".

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

Previdenza Cooperativa conserverà i dati personali per un massimo di 10 anni decorrenti dalla cessazione del rapporto con l'interessato.

SOGGETTI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO

I dati potranno essere trattati dai dipendenti del Titolare che sono stati espressamente autorizzati al trattamento e che hanno ricevuto adeguate istruzioni operative ai sensi degli artt. 29 del GDPR e 2-quaterdecies del D.Lgs. 196/2003, come modificato e adeguato al GDPR dal D.Lgs. 101/2018.

DESTINATARI DEI DATI

I dati acquisiti sono comunicati, ai fini dello svolgimento della verifica di congruità del codice IBAN, al PSP Calling Intesa Sanpaolo S.p.A. (Piazza San Carlo, 156 10121 Torino; indirizzo e-mail DPO: dpo@intesasanpaolo.com, informativa completa su www.intesasanpaolo.com), a CBI S.c.p.a. (via del Gesù n. 62, 00186 Roma; indirizzo e-mail DPO: dpo@cbi-org.eu, informativa completa su www.cbiglobe.com/Il-servizio/Check-IBAN), a Nexi Payments S.p.A. (Corso Sempione 55, 20149 Milano; indirizzo e-mail DPO: DPO@nexi.it o DPO@pec.nexi.it), al PSP Responding presso cui è radicato il conto corrente corrispondente al codice IBAN da Lei indicato. L'esito della verifica di congruità effettuata dal PSP Responding presso cui è radicato il Suo conto corrente e sarà trasmesso a CBI S.c.p.a., a Nexi Payments S.p.A., al PSP Calling e al Titolare. Inoltre, i dati possono essere comunicati ad autorità ed organi di vigilanza e controllo, legittimati a richiedere i dati. Tali soggetti operano in qualità di Titolari autonomi del trattamento.

I dati potranno essere trattati anche da fornitori e collaboratori del Titolare e dei predetti soggetti aderenti al Servizio "Check IBAN CBI", i quali svolgeranno attività ausiliarie nell'ambito di tale servizio (ad esempio, società informatiche e amministrative che supportano nell'erogazione del servizio), nominati responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR. È possibile ottenere un elenco aggiornato di tali fornitori e collaboratori contattando il Titolare e i soggetti aderenti al Servizio "Check IBAN CBI".

Nell'ambito del Servizio "Check IBAN CBI", non sono previsti trasferimenti di dati personali al di fuori dello Spazio economico europeo e i dati trattati sono archiviati in server residenti nella UE.

DIRITTI DELL'INTERESSATO – RECLAMO ALL'AUTORITA' DI CONTROLLO

Contattando in qualsiasi momento il Titolare del trattamento all'indirizzo contatti.privacy@previdenzacooperativa.it Lei può esercitare i propri diritti, ove consentito dalla legge, ai sensi degli artt. 15 e ss. del GDPR:

- accedere ai propri dati personali;
- ottenere senza ritardo la rettifica dei propri dati personali eventualmente inesatti;
- ottenere, nei casi previsti, la cancellazione dei propri dati personali;
- ottenere la limitazione del trattamento o di opporsi allo stesso
- richiedere la portabilità dei dati personali forniti.

Gli interessati hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO E REFERENTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Titolare del trattamento dei dati è Previdenza Cooperativa avente sede in Roma (RM), via C. B. Piazza n. 8, telefono 06/44292994.
Il Responsabile per la protezione dei dati personali è il DPO dott. MARCO FOSSI, e-mail contatti.privacy@previdenzacooperativa.it.