fondo pensione dipendenti IBM

MD204 200804

MODULO RICHIESTA ANTICIPAZIONE SPESE SANITARIE

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: ( )

Denominazione Azienda e codice personale aziendale dell'aderente: _____

Data 1ª iscrizione
a forme pensionistiche compl.: _____

2. RICHIESTA ANTICIPAZIONE

Il sottoscritto **CHIEDE** di conseguire una **ANTICIPAZIONE** della prestazione pari a (completare una sola opzione):

☐ _____ , _____ (indicare l'importo **LORDO** 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:

☐ **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.

☐ Per se ☐ Per il coniuge (purché non legalmente separato o divorziato) ☐ Per i figli ☐ Per altro familiare a carico

dichiara di aver speso/dover spendere €

3. COORDINATE BANCARIE

CODICE **IBAN :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
(compilare INTEGRALMENTE) COD.PAESE COD.CONTROLLO CIN **ABI** (5 CARATTERI NUMERICI) **CAB** (5 CARATTERI NUMERICI) **NUMERO CONTO CORRENTE** (12 CARATTERI ALFANUMERICI)

Banca e Filiale: _____ Intestato a: _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Può essere indicato alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in % del montante maturato. L'importo indicato si intende al lordo delle imposte. In caso di duplice compilazione sarà liquidato l'importo espresso in %. Si ricorda che ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria (8 anni) sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione alle forme pensionistiche complementari per i quali non sia stato 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.

L'anticipazione verrà erogata di norma entro 75 giorni dalla data di accoglimento da parte del Fondo.

Allegare i seguenti documenti per poter ottenere l'anticipazione:

1. certificazione a cura della struttura pubblica competente (ASL) del carattere straordinario della terapia o dell'intervento;
2. fatture o ricevute fiscali attestati gli oneri effettivamente sostenuti ad eccezione delle ipotesi in cui, valutata la particolare necessità e urgenza delle spese, il fondo non ritenga opportuno corrispondere al richiedente le somme necessarie prima della terapia o dell'intervento, salvo conguaglio finale. In questo caso occorre produrre copia del preventivo di spesa **e successivamente dovrà essere prodotta fattura o ricevuta fiscale dell'avvenuto intervento**;
3. copia della carta d'identità e del codice fiscale;
4. autocertificazione comprovante l'esistenza dei requisiti di cui al comma 2.1 del regolamento, ove la terapia o l'intervento riguardino un soggetto diverso dal richiedente; SAN01
5. Ove la terapia o l'intervento riguardino un soggetto diverso dal richiedente necessita il consenso al trattamento dei dati personali; SAN02F
6. autocertificazione attestante se lo stesso od altro componente del nucleo familiare ha richiesto per la medesima fattispecie un'anticipazione del trattamento di fine rapporto o della posizione individuale di previdenza complementare ovvero altro rimborso di cui al comma 2.5 del regolamento. Ove dette anticipazioni siano richieste da più componenti dello stesso nucleo familiare l'autocertificazione va resa congiuntamente; SAN03
7. solo nel caso in cui il socio abbia acceso un contratto di finanziamento contro cessione di quote di stipendio e TFR: dichiarazione dello stato del contratto con la Finanziaria e liberatoria da parte della stessa. SAN04

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 il rigetto della domanda presentata.

IL PRESENTE MODULO VA INVIATO IN ORIGINALE A:
Fondo Pensione Dipendenti IBM - MI VIM 020 - Via Lecco, 61 - 20871 – VIMERCATE (MB)

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previnet 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 ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previnet S.p.A.

FACSIMILE

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

Al Fondo pensione _____

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.

_____ lì _____.

Timbro e firma

_____

Istruzioni:

- *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.*

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previnet 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 ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previnet S.p.A.