



spazio riservato alla protocollazione

Spett.le
Fondo Pensione a contribuzione definita del
Gruppo Intesa Sanpaolo
c/o **PREVINET S.p.A.**
Via E. Forlanini, 24
31022 Preganziol (TV)

MODULO S – SPESE SANITARIE ATTINENTI A SÉ, AL CONIUGE O AI FIGLI
ai sensi dell'art. 11, comma 7, del decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252

Cognome: _____ **Nome:** _____

Codice Fiscale: _____

Residenza : _____ **CAP** _____ **Comune** _____ **Prov. (___)**

Domicilio fiscale (Comune se diverso dalla residenza) _____ **Prov. (___)**

Dipendente della Società _____ **Tel. ufficio** _____

Tel. cellulare _____ **indirizzo e-mail** _____

Il sottoscritto **CHIEDE** un'ANTICIPAZIONE a valere sulla propria posizione individuale di previdenza complementare **al fine di sostenere spese sanitarie conseguenti a gravissime situazioni** (fino ad un massimo del 75% della posizione individuale maturata) relative a sé, al coniuge/convivente in famiglia di fatto ai figli per terapie e interventi straordinari

(barrare una delle due opzioni)

- per l'importo massimo riconoscibile (al netto delle ritenute di legge) a fronte del totale spesa dettagliato in S/5
- per l'importo netto di Euro _____ a fronte del totale spesa dettagliato in S/5

A tale proposito,

Consapevole di aver la posizione allocata **in parte** su comparti di **tipo FINANZIARIO ed in parte** su comparti di tipo **ASSICURATIVO** (c.d. "a composizione MIX") - **CHIEDE** di disinvestire l'importo richiesto agendo:

(compilazione obbligatoria, barrare SOLO UNA delle due opzioni)

- Prioritariamente sulla componente FINANZIARIA e, in caso di incapacienza, su quella ASSICURATIVA*;
- Prioritariamente sulla componente ASSICURATIVA e, in caso di incapacienza, su quella FINANZIARIA;

N.b. tra il momento della scelta e quello dell'effettivo disinvestimento si possono generare scostamenti nelle due componenti, finanziarie e assicurative, più o meno significativi in funzione dell'andamento delle gestioni.

In assenza di opzione* il disinvestimento dell'importo richiesto avverrà in modo proporzionale fra le due componenti

**Per una scelta consapevole leggi il paragrafo 1.9 del Regolamento del Fondo*

(in alternativa)

NON avendo la posizione "a composizione MIX", ma **totalmente** su comparti di **tipo FINANZIARIO o totalmente** su comparti di tipo **ASSICURATIVO**, di essere consapevole che il disinvestimento dell'importo richiesto avverrà **IN MODO PROPORZIONALE** fra i diversi comparti, come da Regolamento.

Data _____

Firma Iscritto _____

- *Proseguire per completare la richiesta con la compilazione di pagina 2-*
Attenzione: la mancanza anche solo di parte della documentazione richiesta comporterà la sua reiezione, con conseguente decadenza dall'ordine cronologico di pervenimento



ALLEGATO 1

RIEPILOGO DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI ANTICIPAZIONE DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE PER SPESE SANITARIE CONSEGUENTI A GRAVISSIME SITUAZIONI RELATIVE A SÉ, AL CONIUGE E AI FIGLI PER TERAPIE E INTERVENTI STRAORDINARI

1. **Modulo S** di richiesta anticipazione (modulo **S**);
2. Fotocopia **documento di identità** in corso di validità (se per i familiari, anche i loro documenti);
3. Fotocopia **codice fiscale** (se per i familiari, anche i loro documenti);
4. **Allegato 2** contenente:
 - Attestazione, da parte della competente struttura pubblica, della straordinarietà delle terapie e degli interventi a seguito di gravissime situazioni ai sensi dell'art. 11, comma 7, lettera a), del Decreto Legislativo n. 252/2005 (v. allegato da far compilare a cura dell'ASL o del medico di famiglia);
5. **Allegato 3** contenente:
 - Dichiarazione di impegno a trasmettere copia della documentazione definitiva attestante gli oneri sostenuti, a fronte delle somme ricevute a titolo di anticipazione (**Allegato 3 riquadro S/1**);
 - Dichiarazione, resa e sottoscritta dall'iscritto, se è stata richiesta o ottenuta per la medesima spesa altra tipologia di finanziamento (es. anticipazione sul TFR in azienda o altre forme di previdenza) (**Allegato 3 riquadro S/2**);
 - **In caso di richiesta per spese da sostenere nell'interesse di un familiare – come individuato al punto 3.1. del Regolamento** - oltre alla documentazione elencata, anche idonea dichiarazione che attesti il grado di parentela/stato di famiglia (anche in caso di convivenza di fatto) (**Allegato 3 riquadro S/3**);
 - Consenso al trattamento di categorie particolari di dati personali compilato e sottoscritto dall'iscritto o dal familiare per il quale sono sostenute le spese (**Allegato 3 riquadro S/4**);
 - Dichiarazione del totale del valore spesa effettivamente già sostenuto nonché gli eventuali preventivi ancora da sostenere, con elenco dettagliato dei documenti presentati (**Allegato 3 riquadro S/5**);
6. Copia fatture o ricevute attestanti gli oneri effettivamente sostenuti ovvero, in assenza, preventivi di spesa, a condizione che vi sia al momento della richiesta almeno una prima fattura o ricevuta fiscale (o più fatture o ricevute fiscali) di importo complessivamente non inferiore a € 1.000.
7. **Se la richiesta è a valere sulla posizione individuale di un iscritto minorenne**, allegare apposita autorizzazione del Giudice Tutelare allo smobilizzo della relativa posizione previdenziale;
8. **In presenza di contratti di cessione del quinto** dello stipendio a carico dell'iscritto, allegare comunicazione su carta intestata della società finanziaria in merito all'estinzione del debito ovvero liberatoria di detta società per 1/5 delle somme richieste.



ALLEGATO 2
ATTESTAZIONE DA PARTE DELLA COMPETENTE STRUTTURA PUBBLICA
-DA FAR COMPILARE A CURA DELL'ASL o DEL MEDICO DI FAMIGLIA -

**DELLA STRAORDINARIETÀ DELLE TERAPIE E DEGLI INTERVENTI A SEGUITO DI GRAVISSIME SITUAZIONI
AI SENSI DELL'ART. 11, COMMA 7, LETTERA A), DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 252/2005**

Al
Fondo Pensione a contribuzione definita del
Gruppo Intesa Sanpaolo

In relazione alla domanda presentata dal Vostro Iscritto:

Cognome: _____ **Nome:** _____

Codice fiscale _____

al fine di ottenere l'anticipazione della posizione individuale maturata presso il Fondo Pensione, ai sensi della
normativa vigente,

si ATTESTA che

- lo/la stesso/a
- il familiare: Cognome e Nome _____
codice fiscale _____

relazione di parentela:

- CONIUGE/CONVIVENTE IN FAMIGLIA DI FATTO
- FIGLIO/A

deve sostenere spese sanitarie per interventi e terapie aventi carattere di straordinarietà, che vengono certificate
come derivanti da gravissime situazioni.

data ____/____/____

_____ **Firma del medico di famiglia**

➔ **Timbro del medico di famiglia riportante il codice regionale o ASL**



Per informazioni

Sito: www.fondopensioneintesaspaolo.it



ALLEGATO 3

DICHIARAZIONI di cui ai RIQUADRI (S/1) - (S/2) - (S/3) - (S/4) - (S/5)

(prima della sottoscrizione si raccomanda di leggere attentamente il contenuto dei riquadri, firmare quelli obbligatori e barrare le caselle di interesse)

Il sottoscritto, _____
(cognome) (nome)

codice fiscale _____

in qualità di richiedente l'anticipazione a valere sulla propria posizione individuale di previdenza complementare al fine di sostenere spese sanitarie conseguenti a gravissime situazioni relative a sé, al coniuge ed ai figli per terapie ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche, sottoscrive quanto segue:

Riquadro S/1 - DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA IN CASO DI RICHIESTA ANTICIPAZIONE SULLA BASE DI DOCUMENTAZIONE "PROVVISORIA"

S
E
C
O
N
P
R
E
V
E
N
T
I
V
I

Il sottoscritto si **IMPEGNA** a trasmettere copia della documentazione definitiva:

- **Copia fatture o ricevute attestanti gli oneri effettivamente sostenuti per sé o per i familiari;**

entro 6 mesi dall'erogazione dell'anticipazione e dichiara di essere consapevole che, nelle more dell'acquisizione della predetta documentazione, il Fondo non potrà dar corso ad ulteriori anticipazioni.

Qualora il suddetto periodo di 6 mesi non possa essere rispettato per il protrarsi del ciclo di interventi/terapie sanitarie, si impegna a produrre una dichiarazione attestante tale circostanza con una stima delle tempistiche previste per il completamento.

In caso di mancato invio della documentazione definitiva di spesa, si impegna a restituire al Fondo l'importo anticipato, al lordo delle imposte.

data ____/____/____

_____ **Firma Iscritto**

Riquadro S/2 - DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA SE È STATA RICHIESTA O OTTENUTA PER LA MEDESIMA SPESA ALTRA TIPOLOGIA DI FINANZIAMENTO

(sottoscrizione obbligatoria, barrare SOLO UNA delle due opzioni)

I
N
O
G
N
I
C
A
S
O

DICHIARA che:

né il Sottoscritto né altri membri del proprio nucleo familiare hanno richiesto/richiederanno o hanno ottenuto rimborsi¹ a copertura delle medesime;

il Sottoscritto o altri membri del proprio nucleo familiare hanno richiesto/richiederanno o hanno ottenuto rimborsi a copertura delle medesime per un totale di € _____ e, pertanto, l'anticipazione sarà erogata per la differenza, ricorrendone i presupposti normativi e regolamentari.

data ____/____/____

_____ **Firma Iscritto**

¹ Per "rimborsi" si intendono:

- somme riconosciute da enti terzi a titolo di rimborso, quali, ad esempio, fondi sanitari o polizze assicurative;
- anticipazioni a valere sulla posizione individuale accumulata presso altre forme pensionistiche complementari cui l'aderente partecipi;
- anticipazioni a valere sul TFR aziendale, ai sensi dell'art. 2120 c.c.



Riquadro S/3 - DA COMPILARE SOLO QUALORA LE SPESE SIANO SOSTENUTE NELL'INTERESSE DI UN FAMILIARE - DICHIARAZIONE ATTESTANTE IL GRADO DI PARENTELA/STATO DI FAMIGLIA

**S
E
P
E
R
U
N
F
A
M
I
L
I
A
R
E** Consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, il sottoscritto, in riferimento alla richiesta di anticipazione a valere sulla propria posizione individuale di previdenza complementare al fine di spese sanitarie conseguenti a gravissime situazioni relative a:

il coniuge non legalmente separato o divorziato/convivente in famiglia di fatto:

sig. _____ nato il ____/____/____
(cognome e nome)

il/la figli_

sig. _____ nato il ____/____/____
(cognome e nome)

sig. _____ nato il ____/____/____
(cognome e nome)

sig. _____ nato il ____/____/____
(cognome e nome)

per interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche, **DICHIARA** che **il/i nominativo/i sopra elencato/i è/sono suo/suoi parente/i di primo grado** (coniuge non legalmente separato, il convivente in famiglia di fatto ed i figli anche se adottati o affiliati).

data ____/____/____

_____ **Firma Iscritto**

Riquadro S/4 - SOTTOSCRIZIONE OBBLIGATORIA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL REG. UE 2016/679 (GDPR)

(sottoscrizione obbligatoria, da compilare a cura dell'Isritto e del familiare beneficiario delle terapie/interventi)

**I
N
O
G
N
I
C
A
S
O** Io sottoscritto, tenuto conto dell'Informativa resami ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute) ai soggetti individuati nell'informativa stessa per le finalità di cui alla l. b) dell'Informativa (adesione al Fondo ed effettuazione delle ordinarie attività ad essa correlate), **consapevole che in mancanza di consenso risulta oggettivamente impossibile per il Fondo dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni,**

presto il consenso

nego il consenso

(Cognome e nome dell'Isritto)

(data e luogo)

_____ **Firma iscritto**

presto il consenso

nego il consenso

(Cognome e nome del beneficiario)

(data e luogo)

_____ **Firma familiare beneficiario**

presto il consenso

nego il consenso

(Cognome e nome del beneficiario)

(data e luogo)

_____ **Firma familiare beneficiario**

Nota Bene: per i minori di anni 18 è necessaria la firma di chi esercita la responsabilità genitoriale



INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

Premessa

Il Regolamento UE 2016/679 sulla “*protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati*” (di seguito “Reg. UE 2016/679” o “GDPR”) contiene una serie di norme dirette a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone.

Ai sensi dell’art. 13 e 14 del GDPR, il **Fondo Pensione a contribuzione definita del Gruppo Intesa Sanpaolo** (di seguito “Fondo Pensione o “Fondo”), con sede legale in Milano, Piazza Paolo Ferrari 10, è Titolare del trattamento ed è tenuto a fornire informazioni riguardanti il trattamento dei dati personali degli aderenti e soggetti terzi beneficiari delle prestazioni.

1. Categorie particolari di dati personali e fonte dei dati

Nei casi di seguito riepilogati, oltre ai dati ordinari (es. dati anagrafici, dati di contatto, dati bancari), il Fondo Pensione tratta alcune categorie particolari di dati di cui all’art. 9 del GDPR (dati idonei a rivelare lo stato di salute dell’interessato), il cui trattamento è subordinato ad una specifica manifestazione di consenso da parte dell’aderente:

- richiesta da parte dell’aderente al fondo pensione di anticipazioni per spese sanitarie di carattere straordinario;
- riscatto per invalidità permanente con riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo;
- riscossione da parte dei beneficiari assicurati di capitale a seguito di decesso dell’aderente;
- opzione per rendita vitalizia con garanzia long term care insurance (LTCI).

Tali dati possono riguardare anche soggetti terzi, in caso di anticipazione per spese sanitarie relative al coniuge o ai figli.

I dati sono raccolti di norma direttamente presso l’aderente.

2. Finalità del trattamento e base giuridica

I dati raccolti saranno trattati per consentire al Fondo Pensione l’erogazione delle prestazioni conseguenti al verificarsi di uno degli eventi meglio specificati al precedente par. 2.

La base giuridica del trattamento è costituita:

- a) per i dati ordinari, dall’esecuzione del contratto di cui l’interessato è parte e dall’adempimento di obblighi di legge da parte del Titolare;
- b) per le categorie particolari di dati personali, dal consenso esplicito prestato dall’interessato al verificarsi di uno degli eventi di cui al precedente par. 2.

Il conferimento dei Dati dell’aderente nonché la loro comunicazione alle categorie di soggetti indicate al par. 6, non è obbligatorio, ma l’eventuale rifiuto dell’interessato di fornire i propri dati ordinari e/o di prestare il consenso al trattamento di categorie particolari di dati personali comporterà l’oggettiva impossibilità per il Fondo Pensione di erogare le prestazioni dovute ai sensi di legge.

3. Modalità di trattamento

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi in conformità alle norme vigenti.

In caso di trattamento effettuato con modalità di elaborazione elettronica e non e sistemi di gestione e storage anche con hardware e software all’avanguardia, il Fondo potrà utilizzare società di servizi terze che saranno rese edotte delle proprie responsabilità con comunicazione di nomina a Responsabile del trattamento ai sensi dell’art. 28 del GDPR.

4. Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati per tutto il periodo di partecipazione al Fondo Pensione, sia durante la fase di accumulo, sia durante la fase di erogazione della prestazione pensionistica complementare in forma di rendita. Dopo la cessazione del rapporto associativo, il Fondo Pensione conserverà i dati personali per un periodo di 10 anni, fermo restando eventuali ulteriori termini dovuti all’insorgere di contenziosi o altre particolari vicende nei confronti dell’aderente o sugli aventi causa.



5. Categorie di soggetti cui possono essere comunicati i dati

In taluni casi l'esecuzione del complesso delle attività connesse e/o strumentali alla gestione del Fondo pensione comporta la comunicazione di dati personali, ivi comprese categorie particolari di dati degli aderenti a società o enti esterni, quali ad esempio:

- a) Service amministrativo per la gestione delle attività connesse all'erogazione delle prestazioni;
- b) Imprese di assicurazione in esecuzione degli obblighi derivanti dalle prestazioni garantite dal fondo pensione.

I soggetti appartenenti alle categorie alle quali i dati possono essere comunicati effettueranno il trattamento dei dati medesimi e li utilizzeranno, a seconda dei casi, in qualità di Responsabili del trattamento espressamente nominati da parte del Titolare ai sensi della legge, o in qualità di Titolari autonomi.

Il fondo pensione designa "incaricati" al trattamento tutti gli addetti *pro tempore* ed i collaboratori, anche occasionali, che svolgono mansioni che comportano il trattamento di dati personali.

6. Trasferimento di dati personali extra - UE

I dati personali potranno essere trasferiti dal fondo pensione in Paesi extra - UE, nel caso di server su cui sono archiviati i dati personali degli iscritti che siano ubicati al di fuori del territorio dell'Unione Europea (ad esempio in caso di *cloud storage*). In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili.

7. Dati di contatto del Responsabile della protezione dei Dati Personali

Il Fondo Pensione ha nominato il "Responsabile della protezione dei dati" (c.d. "Data Protection Officer" o "DPO"), ai sensi dell'art. 37 del Reg. UE 679/2016, che sarà contattabile dagli Interessati aderenti e dai terzi che abbiano rilasciato i propri dati in quanto beneficiari potenziali delle prestazioni del Fondo Pensione, all'indirizzo e-mail: dpoentiwelfare@intesasnpaolo.com. Il nominativo del D.P.O. è agevolmente consultabile dall'interessato al sito Internet: www.fondopensioneintesasnpaolo.it

8. Diritti degli interessati

Nella Sua qualità di interessato, l'aderente ha il diritto di:

- a) Chiedere al Titolare l'accesso ai Dati, la loro cancellazione, la rettifica dei Dati inesatti, l'integrazione dei Dati incompleti, nonché la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 del GDPR;
- b) Opporsi, in qualsiasi momento, in tutto od in parte, al trattamento dei Dati necessario per il perseguimento legittimo dell'interesse del Titolare;
- c) Nel caso in cui siano presenti le condizioni per l'esercizio del diritto alla portabilità di cui all'art. 20 del GDPR, ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i Dati forniti al Titolare, nonché, se tecnicamente fattibile, trasmetterli ad altro Titolare senza impedimenti;
- d) Revocare il consenso prestato in qualsiasi momento;
- e) Proporre reclamo all'Autorità di controllo competente.

9. Modalità di esercizio dei diritti

L'aderente potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti a lui attribuiti inviando una raccomandata a.r. a Fondo Pensione a contribuzione definita del Gruppo Intesa Sanpaolo, alla cortese attenzione del Direttore Generale Responsabile del Fondo, Piazza Paolo Ferrari 10 20121 Milano ovvero una *e-mail* all'indirizzo: FondoPensionecontribuzionedefinitaGrISP@intesasnpaolo.com

10. Titolare e Responsabile del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Fondo Pensione a contribuzione definita del Gruppo Intesa Sanpaolo, con sede legale in Milano, Piazza Paolo Ferrari 10, nella persona del Direttore *pro tempore*.

L'elenco aggiornato e i nominativi di *DPO* e dei Responsabili del trattamento sono custoditi presso la sede legale del Titolare.