



ALLEGATO 1 OBBLIGATORIO 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

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, non potranno essere richieste altre anticipazioni, a meno che non sia restituito l'importo indebitamente percepito (v. art. 1.6 del regolamento del Fondo)

data ____/____/____

_____ **Firma Iscritto**

Riquadro S/2 - DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DELL'ART. 1.5 DEL REGOLAMENTO

(sottoscrizione obbligatoria, barrare **SOLO UNA** delle due opzioni)

DICHIARA che:

- ☐ né il Sottoscritto né altri membri del proprio nucleo familiare hanno richiesto/richiederanno o hanno ottenuto rimborsi¹ dal **Fondo Sanitario** o polizze assicurative o altro a copertura delle medesime;
- ☐ il Sottoscritto o altri membri del proprio nucleo familiare hanno richiesto/richiederanno o hanno ottenuto rimborsi dal **Fondo Sanitario** o polizze assicurative o altro 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

Il sottoscritto, in riferimento alla richiesta di anticipazione per spese sanitarie conseguenti a gravissime situazioni relative ad un familiare 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, **DICHIARA** che **sono suoi parenti di primo grado**:

☐ **il coniuge (non legalmente separato o divorziato) o convivente in famiglia di fatto:**

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

☐ **il/la figlio/a (anche se adottati o affiliati)**

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

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

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

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'iscritto e del familiare beneficiario delle terapie/interventi)

Si fa riferimento all'[Informativa Privacy](http://www.fondopensioneintesasnapaolo.it) ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), disponibile sul sito www.fondopensioneintesasnapaolo.it, relativa a:

- il trattamento e la comunicazione dei dati personali e delle categorie particolari di dati personali (es. idonei a rivelare lo stato di salute);
- le categorie di soggetti a cui possono essere comunicati tali dati;
- le finalità del trattamento dei dati personali (ovvero adesione al Fondo ed effettuazione delle ordinarie attività ad essa correlate).

Considerato che in mancanza di consenso risulta oggettivamente impossibile per il Fondo dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni, con riferimento al trattamento dei dati personali:

☐ **presto il consenso**

☐ **nego il consenso**

(Cognome e nome dell'iscritto)

(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



Riquadro S/5 - DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA ATTESTANTE IL VALORE DELLA SPESA GIÀ SOSTENUTO/DA SOSTENERE PER SPESE SANITARIE CONSEGUENTI A GRAVISSIME SITUAZIONI RELATIVE A SÉ, AL CONIUGE E AI FIGLI PER TERAPIE E INTERVENTI STRAORDINARI RICONOSCIUTI DALLE COMPETENTI STRUTTURE PUBBLICHE

(compilazione e sottoscrizione obbligatoria, barrare le opzioni di interesse)

Il sottoscritto,

DICHIARA

- ☐ che l'importo del rimborso richiesto/ottenuto dal Fondo Sanitario è pari a € _____;
- ☐ che l'importo dell'anticipo richiesto/ottenuto da altro Fondo Pensione o a titolo di Trattamento di Fine Rapporto è pari a € _____;
- ☐ (in caso di richiesta su base di preventivi di spesa) che il valore totale della spesa da sostenere in base al/ai preventivo/i di spesa presentati, per cui si è impegnato a trasmettere copia delle relative fatture/ricevute fiscali a me riferibili o ai miei familiari, entro 6 mesi dall'erogazione, ammonta ad € _____ e come richiesto dal Regolamento allega copia di una prima fattura/ricevuta fiscale o più fatture/ricevute fiscali per un totale di € 1.000. Dettagliare i preventivi allegati qui di seguito:

Preventivo n°	data	Ente emittente	causale	Importo preventivo
_____	_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	_____	€ _____

- ☐ (in caso di richiesta su base solo di documenti definitivi) che il totale del valore della spesa già sostenuto con fatture/ricevute fiscali intestate a sé o al/ i familiari, ammonta ad € _____ qui di seguito dettagliate ed allegate:

Fattura n°	data	Ente emittente	pagata il	causale	Importo pagato
_____	_____	_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	_____	_____	€ _____

data _____/_____/_____

Firma Iscritto