



ALLEGATO 2 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, 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 ALTRA TIPOLOGIA DI FINANZIAMENTO PER LA MEDESIMA SPESA

(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



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

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

**I
N
O
G
N
I
C
A
S
O**

Il sottoscritto,

DICHIARA

(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.**

(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 sè o al/ i familiari, ammonta ad € _____ qui di seguito dettagliate:**

| Fattura n° | del | Ente emittente | pagata il | causale | Importo * |
|------------|-------|----------------|-----------|---------|-----------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | € _____ |

data ____/____/____

_____ **Firma Iscritto**