

Sede operativa: **00147 Roma - Via C. Colombo, 137**
 Sede legale: 00153 Roma - Piazza G.G. Belli, 2
 Iscritto all'Albo dei fondi pensione con il n. 123
 Autorizzato all'esercizio dell'attività 23 ottobre 2001

**MODULO DI RICHIESTA
ANTICIPAZIONE**

NON PUO' ESSERE INVIATO VIA FAX

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: (____)

2. RICHIESTA ANTICIPAZIONE

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

_____ , _____ (indicare l'importo 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 (barrare una sola casella):

A) 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.

B) ACQUISTO PRIMA CASA di abitazione per sé o per i figli
 Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata.

C) RISTRUTTURAZIONE, manutenzione, restauro e risanamento sulla 1ª casa di abitazione propria o dei propri figli
 Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata.

D) ULTERIORI ESIGENZE dell'aderente
 Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 30% della posizione individuale maturata.

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

Data 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: ____ / ____ / ____

4. COORDINATE BANCARIE (IBAN): In mancanza di riferimenti bancari il Fondo provvederà all'invio di assegno circolare non trasferibile. Ritardi e rischi connessi alla spedizione dell'assegno sono a completo carico dell'iscritto, il quale è tenuto a sottoscrivere l'ESONERO DI RESPONSABILITA' (Allegato 3).

CODICE PAESE	CIN	ABI	CAB	numero conto

Intestato a: _____ Banca: _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Può essere indicato alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in percentuale del montante maturato. L'importo indicato si intende al lordo delle imposte. In caso di duplice compilazione sarà liquidato l'importo espresso in %.

L'ammontare minimo della anticipazione richiedibile al Fondo è fissato in € 2.000,00 (duemila/00) al lordo della fiscalità. Eventuali richieste ricevute dal Fondo di ammontare inferiore non saranno erogate.

Si ricorda che ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria (8 anni) sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione alle forme pensionistiche complementari maturati dall'aderente per i quali lo stesso non abbia 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.

Qualora abbia in corso un finanziamento garantito da cessione del quinto dello stipendio, l'aderente dovrà produrre la liberatoria della finanziaria. In assenza della liberatoria, l'anticipazione può essere liquidata solo per spese sanitarie, nei limiti dei 4/5 del montante disponibile, a fronte della documentazione presentata per la prestazione richiesta ed il restante 1/5 rimarrà vincolato a favore dell'istituto mutuante.

E' obbligatorio indicare il motivo della richiesta, in conseguenza del quale sarà necessario allegare i seguenti documenti:

- SPESE SANITARIE:** Copia della **dichiarazione ASL** (o struttura pubblica competente) attestante il carattere gravissimo e straordinario delle spese sanitarie (vedi Allegato 1), oltre alla copia autenticata delle **fatture** attestanti le spese sostenute o i preventivi di spesa di operatori specializzati (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, copia autenticata delle fatture relative); **copia del documento d'identità e del codice fiscale del richiedente.**
- ACQUISTO PRIMA CASA:** Copia dell'**atto notarile** di acquisto. E' possibile produrre anche copia del contratto preliminare, riservandosi di allegare successivamente il contratto notarile definitivo. In caso di assegnazione da **Cooperativa** allegare l'**atto di assegnazione dell'alloggio**. In caso di acquisto della prima abitazione per i figli, allegare **certificato di stato di famiglia**, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela. **In caso di richieste di anticipazione per acquisto prima casa che vengano avanzate successivamente all'atto di acquisto, le stesse devono pervenire al Fondo entro 18 mesi dalla data di stipula dell'atto; copia del documento d'identità e del codice fiscale del richiedente.**
- RISTRUTTURAZIONE** di cui alle lettere a), b), c), e d) del c.1 dell'art.3 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia di cui al D.P.R. 06/06/2001, n. 380): copia dell'**atto attestante la proprietà dell'immobile** da ristrutturare (estratto dalla Conservatoria dei Registri Immobiliari, ovvero l'atto notarile da cui risulti la proprietà dell'abitazione, ovvero il titolo costitutivo del diritto reale di godimento da cui risultino i dati catastali). In caso di ristrutturazione della prima abitazione per i figli, allegare **certificato di stato di famiglia** attestante il rapporto di parentela. Copia conforme all'originale delle **fatture/bonifici** (dovuti per legge) attestanti le spese sostenute o i preventivi di spesa (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, le fatture relative). In sostituzione della documentazione prevista dall'articolo 1, comma 3, della legge n. 449/97 per fruire della detrazione di legge in sede di dichiarazione dei redditi, è possibile produrre **idonea autocertificazione** (vedi Allegato 2).

Il sottoscritto DICHIARA la veridicità dei dati riportati nella documentazione allegata e SI IMPEGNA, entro i termini previsti nel "Documento sulle anticipazioni", in base al caso specifico di richiesta, ad inviare al Fondo:

- copia conforme all'originale delle fatture, in caso di presentazione di preventivi di spesa
- copia atto definitivo di acquisto dell'immobile o di assegnazione dell'alloggio
- ed a restituire la differenza in caso di erogazione di un importo superiore rispetto alla documentazione fiscale prodotta

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 l'immediato rigetto della domanda presentata.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previeta 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 non possono pertanto essere ceduti, coperti, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previeta S.p.A.



**IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE INVIATO AL FONDO A
MEZZO RACCOMANDATA A/R ALL'INDIRIZZO SOPRA
INDICATO**

Sede operativa: **00147 Roma - Via C. Colombo, 137**
Sede legale: 00153 Roma - Piazza G.G. Belli, 2
Iscritto all'Albo dei fondi pensione con il n. 123
Autorizzato all'esercizio dell'attività 23 ottobre 2001

Allegato 1

**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**

Spett.le Fondo pensione FON.TE

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 ED
ECONOMICO.**

_____ li _____.

Timbro e firma

Istruzioni:

- La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante accreditato o da Istituti o Cliniche accreditate.
- 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.

Sede operativa: **00147 Roma - Via C. Colombo, 137**
 Sede legale: 00153 Roma - Piazza G.G. Belli, 2
 Iscritto all'Albo dei fondi pensione con il n. 123
 Autorizzato all'esercizio dell'attività 23 ottobre 2001

Allegato 2

Autocertificazione per la richiesta di anticipazione per interventi di manutenzione, restauro, risanamento e ristrutturazione di cui alle lettere a), b), c), e d) del comma 1 dell'art.3 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia di cui al D.P.R. 06/06/2001, n. 380, relativamente alla prima casa di abitazione, documentabili come previsto dalla normativa stabilita ai sensi dell'articolo 1, comma 3, L. 27/12/1997, n. 449

DATI DEL PROPRIETARIO DELL'IMMOBILE

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: (____)

DATI DELL'IMMOBILE

Sito in (comune): _____ Prov.: (____) CAP: _____
 Indirizzo: _____ N. civico _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto
 Cognome: _____ Nome: _____
 Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: ____ / ____ / ____

in qualità di aderente al Fondo Pensione _____, avendo sostenuto/dovendo sostenere spese per interventi di recupero di cui alle lettere a), b), c), e d) del comma 1 dell'art.3 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia di cui al D.P.R. 06/06/2001, n. 380, sull'immobile sopra descritto, prima casa di abitazione propria/dei propri figli come sopra identificata,

DICHIARA

di essere in possesso della documentazione prevista dall'articolo 1, comma 3, della Legge 27 dicembre 1997, n. 449 (documenti necessari per fruire della detrazione del 36% in sede di dichiarazione dei redditi) e di essere disponibile a produrre copia, parziale o integrale, della medesima a semplice richiesta del Fondo Pensione

Data Compilazione: / / **Firma:** _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

- Compilare il paragrafo "Dati del proprietario dell'immobile" solo se diverso dall'aderente al Fondo Pensione.
- Allegare sempre copia dell'atto attestante la proprietà dell'immobile da ristrutturare (estratto dalla Conservatoria dei Registri Immobiliari). In caso di interventi effettuati sulla prima casa di abitazione dei propri figli, allegare anche certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela.
- Allegare sempre copia delle fatture/bonifici attestanti le spese sostenute.

Sede operativa: 00147 Roma - Via C. Colombo, 137
Sede legale: 00153 Roma - Piazza G.G. Belli, 2
Iscritto all'Albo dei fondi pensione con il n. 123
Autorizzato all'esercizio dell'attività 23 ottobre 2001

Allegato 3

**ESONERO DI RESPONSABILITA'
NEL CASO L'ISCRITTO NON ABBAIA IL CONTO CORRENTE PER L'ACCREDITO DELL'IMPORTO
DOVUTO**

Spett.le
Fondo pensione Fon.Te

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, io sottoscritto/a.....
nato/a.....il..... e residente in..... cap.....,
Prov..... in Via n
non disponendo di un conto corrente bancario e/o postale sul quale possa essere corrisposto quanto a
me dovuto dal Fondo a seguito della richiesta di.....¹della posizione
individuale maturata, espressamente manifesto il mio consenso affermando che benché sia stato reso
ben edotto da parte del Fondo dei rischi connessi alla spedizione, a mezzo posta, dell'assegno
circolare non trasferibile sia per il ritardo che per l'eventuale sottrazione dell'assegno stesso,

DICHIARO

di esonerare il Fondo da ogni responsabilità comunque connessa all'invio dell'assegno circolare non
trasferibile, con assicurata a.r. a mezzo del servizio postale, restando inteso sin d'ora che, ogni
eccezione rimossa, io sottoscritto mi obbligo ad assumere personalmente ogni conseguenza,
adoperandomi personalmente presso il servizio postale e presso ogni altra autorità, sopportandone
anche i relativi costi e oneri di ogni specie, sia nell'espletamento richiesto e di ogni successivo
adempimento, ma anche in particolar modo per la successiva fase della procedura di ammortamento
del titolo di credito sottratto (o smarrito) e nelle eventuali relative cause di opposizione da parte di
terzi, o comunque connesse alla sottrazione e/o alla perdita del titolo di credito, obbligandomi quindi a
fare tutto quanto sarà ritenuto necessario affinché, da parte del Fondo, possa essere disposta una
nuova procedura di pagamento.

Firma

Luogo e Data

.....

.....

¹ Inserire l'opzione richiesta (*ANTICIPAZIONE, RISCATTO, PRESTAZIONE*)