



FONDOPOSTE

Mod.8 A
Rev 01/2023

ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE PER TERAPIE ED INTERVENTI STRAORDINARI
RICONOSCIUTI DALLE COMPETENTI STRUTTURE PUBBLICHE (ASL)



Accedendo all'**Area Riservata** del sito di Fondoposte potrai effettuare una **“simulazione”** del calcolo dell'importo lordo massimo erogabile e, in caso avessi certificato i recapiti, potrai inoltrare la richiesta di prestazione in **modalità full digital**, senza moduli cartacei!

Il/La sottoscritto/a
codice fiscale
nato/a a prov. il / /
residente a prov. C.A.P.
in (via, piazza, ecc.) n°
telefono cellulare e-mail
dipendente di

presa visione del **“Documento sulle anticipazioni”** e del **“Documento sul regime fiscale”** disponibile sul sito www.fondoposte.it

CHIEDE

- di conseguire un'anticipazione per spese sanitarie sulla posizione individuale maturata ai sensi dell'art. 11 comma 7, lett. a), D.Lgs. 252/2005 e art. 13 comma 1, lett. a), Statuto di Fondoposte pari ad € al netto delle tasse ovvero al % del valore di detta posizione (se viene indicato l'importo può essere omessa la percentuale. In caso di duplice compilazione sarà liquidato l'importo espresso in %)

Per se stesso **Per il coniuge** **Per i figli**

- il versamento del relativo importo mediante accredito sul c/c bancario, postale, o carta prepagata, intestato al medesimo/a, di seguito indicato (non è possibile effettuare bonifici su Libretti Postali)

(BancoPosta o Banca)
Agenzia Via n°

CODICE IBAN

.....
COD. PAESE COD.CONTROLLO CIN ABI (5 CARATTERI) CAB (5 CARATTERI) CONTO CORRENTE (12 CARATTERI ALFANUMERICI)

Il sottoscritto è consapevole che in base alla normativa PSD2 (Direttiva Europea sui Servizi di Pagamento), l'errata indicazione del codice IBAN potrà determinare la mancata o l'inesatta esecuzione del bonifico, senza responsabilità per FONDOPOSTE, qualora la somma venisse accreditata sul conto corrente di un soggetto diverso dall'effettivo beneficiario.

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO

- 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 la veridicità dei dati riportati nella documentazione allegata. È 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.
- Il sottoscritto, in caso di presentazione della richiesta di anticipazione per "Spese sanitarie per terapie ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche (asl)" sulla base di preventivi di spesa, si impegna a produrre le relative fatture o ricevute fiscali entro e non oltre 12 mesi dal momento della liquidazione.
- Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole che, in mancanza di documentazione giustificativa di precedenti richieste di anticipazione percepite e non reintegrate, non verranno accolte ulteriori richieste avanzate sulla base di preventivi di spesa e di essere consapevole che rimangono a proprio carico le responsabilità nei confronti dell'Amministrazione Finanziaria.
- Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art 13 del Regolamento EU 679/2016 allegata al presente modulo.

Data / /

Firma dell'Isritto

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PARTICOLARI

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'articolo 6 del Regolamento 2016/679 **conferisco il consenso al trattamento dei dati personali particolari** per la gestione della mia richiesta di anticipazione per spese sanitarie e interventi straordinari derivanti da gravissime situazioni.

Firma dell'iscritto

Firma del familiare per il quale si chiede l'anticipazione (se minore/incapace firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la legale rappresentanza)

N.B. La mancata apposizione della firma non darà corso alla prestazione richiesta

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE**

- **COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO** in corso di validità del richiedente (carta d'identità, CIE, patente, passaporto);
- **CERTIFICATO DI STATO DI FAMIGLIA** rilasciato dal comune di residenza attestante il rapporto di parentela, in caso di spese sanitarie per i figli e/o coniuge.

DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA PRESTAZIONE**FATTURE O RICEVUTE FISCALI ATTESTANTI GLI ONERI EFFETTIVAMENTE SOSTENUTI OVVERO PREVENTIVI DI SPESA****CESSIONI DEL QUINTO/
DELEGAZIONI DI PAGAMENTO**

- qualora l'aderente abbia in corso un contratto di finanziamento notificato al Fondo, sarà necessario produrre lettera di autorizzazione allo svincolo emessa dalla Società Finanziaria (**c.d. liberatoria/benestare**). In assenza della liberatoria, l'anticipazione può essere liquidata solo per spese sanitarie, nei limiti dei 4/5 dell'importo richiesto ed il restante 1/5 rimarrà vincolato a garanzia del debito residuo. Se il contratto di finanziamento è estinto, è necessario produrre al Fondo **lettera di estinzione del vincolo**

ALLEGATO 1 - CERTIFICAZIONE A CURA DELLA STRUTTURA PUBBLICA COMPETENTE (ASL) O DEL MEDICO CURANTE CONVENZIONATO ASL (CON CODICE REGIONALE ASL)

- L' **Allegato 1** deve essere **sottoscritto dal medico curante** e deve riportare il **codice regionale ASL**



ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

L'anticipazione per "Spese sanitarie per terapie ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche (asl)" è concessa all'aderente, **in qualsiasi momento**, per aver sostenuto o dover sostenere spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli e per terapie ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche o dal medico curante convenzionat.

L'anticipazione deve essere richiesta **entro 6 mesi** dalla spesa effettivamente sostenuta.

Il fondo eroga anticipazioni anche dietro presentazione del **preventivo di spesa**; in questi casi l'aderente si impegna, sin d'ora, ad inviare tempestivamente al Fondo, a giustificazione dell'anticipazione ricevuta, la documentazione prevista dalla normativa di riferimento compresa quella di natura fiscale (es: fatture o ricevute fiscali attestanti le spese sostenute).

In mancanza, il fondo non potrà più concedere ulteriori anticipi richiesti per il tramite di preventivi di spesa.

L'ammontare richiedibile **non può eccedere il 75% della posizione individuale** tempo per tempo maturata, incrementata dalle eventuali anticipazioni già percepite e non reintegrate.

Per verificare l'importo loro massimo erogabile potrà accedere alla Area Riservata al sito www.fondoposte.it, nella sezione "SIMULAZIONE ANTICIPAZIONE" ed effettuare una simulazione delle anticipazioni richiedibili; l'importo lordo potrebbe subire variazioni in fase di liquidazione in quanto la stima è basata sull'ultimo valore quota disponibile.

Qualora abbia in corso un contratto di finanziamento notificato al Fondo, sarà necessario produrre lettera di autorizzazione allo svincolo emessa dalla Società Finanziaria (**c.d. liberatoria/benestare**). In assenza della liberatoria, l'anticipazione può essere liquidata nei limiti dei 4/5 dell'importo richiesto ed il restante 1/5 rimarrà vincolato a garanzia del debito residuo.

Se il contratto di finanziamento è estinto, è necessario produrre al Fondo lettera di estinzione del vincolo.

Pervenuta correttamente la richiesta corredata dei **documenti elencati nella sezione "DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE"**, il Fondo provvede all'**erogazione dell'Anticipazione entro il termine di 6 mesi** previsti dallo Statuto di Fondoposte.

Nel caso in cui la domanda risulti incompleta o insufficiente, il Fondo richiede i documenti integrativi, e il termine sopra indicato è sospeso fino alla data di ricevimento della documentazione integrativa.

La documentazione integrativa dovrà pervenire al Fondo entro i successivi 60 giorni, pena il **rigetto della richiesta**.

Per ulteriori informazioni circa le condizioni generali di erogazione dell'anticipazione e del relativo regime fiscale, si rinvia al "**Documento sulle anticipazioni**" e al "**Documento sul regime fiscale**" disponibile sul sito www.fondoposte.it.



INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13, DEL REGOLAMENTO EU 679/2016

IL Fondo Nazionale di Pensione Complementare per il Personale di Poste Italiane S.p.A. e delle Società controllate che ne applicano il contratto nazionale in forma abbreviata "FONDOPOSTE" nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sul trattamento dei dati personali Regolamento EU 679/2016, dettato in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (in seguito anche Regolamento) fornisce le seguenti informazioni.

Titolare del trattamento

Fondo Nazionale di Pensione Complementare per il Personale di Poste Italiane S.p.A. e delle Società controllate che ne applicano il contratto nazionale in forma abbreviata "FONDOPOSTE" con sede in Via Barberini, 68 – Roma

Responsabile della protezione dati

Il Responsabile per la Protezione dei dati è Protection Trade S.r.l. con sede in Via Giorgio Morandi, 22 – Itri (LT), email dpo_fondoposte@protectiontrade.it

Finalità e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei suoi dati personali raccolti nel modulo è effettuato per la gestione della richiesta di anticipazione per spese sanitarie per lei o per un suo familiare. La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto al fondo e la conseguente determinazione del rapporto associativo, nonché gli obblighi di legge. Per il trattamento dei dati particolari ex art 9 del Regolamento UE 2016/679, (dati relativi allo stato di salute), la base giuridica del trattamento è il consenso.

Modalità di trattamento

I dati acquisiti dal Fondo sono trattati in forma prevalentemente automatizzata. Tali dati sono da noi gestiti attraverso misure di sicurezza tali da garantire la tutela e la massima riservatezza degli stessi.

Obbligo o facoltà di conferire i dati e conseguenze dell'eventuale rifiuto

Il conferimento dei dati raccolti attraverso il presente modulo, è necessario, e in assenza dello stesso non potremmo realizzare le finalità su menzionate (gestire la sua richiesta di anticipazione).

Natura dei dati trattati

I dati trattati dal Fondo per la gestione della richiesta, sono dati anagrafici, di recapito e Iban per accredito sul c/c bancario o postale, dell'iscritto e/o del familiare nel caso in cui l'anticipazione sia richiesta da quest'ultimo, dati relativi allo stato di salute dell'iscritto o del familiare (dati particolari ai sensi dell'art. 9 del Regolamento).

Destinatari dei dati

I dati personali dell'aderente e/o del familiare, da noi raccolti, potranno essere trattati all'interno dell'organizzazione del titolare del trattamento da persona autorizzate e formate. I dati personali (dati anagrafici, codice fiscale, IBAN, dati di recapito), che non saranno diffusi, potranno essere comunicati alla Banca e ai Provider che, a propria volta, li trasmetteranno agli altri soggetti coinvolti ai fini della prestazione del Servizio richiesto, a società terze che, per nostro conto, svolgono attività connesse e strumentali alla realizzazione della finalità su menzionata (p.e. consulenti del Fondo), nonché a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria.

Il Fondo potrebbe avvalersi di fornitori o sub fornitori che non risiedono nell'Unione Europea, a tal proposito si garantisce che il trasferimento potrà avvenire solo verso soggetti che garantiscano un adeguato livello di protezione del trattamento dei dati e/o verso paesi per i quali le competenti Autorità hanno emesso una decisione di adeguatezza, nonché verso soggetti che hanno fornito idonee garanzie al trattamento dei dati attraverso adeguati strumenti normativi/contrattuali quali ad esempio la sottoscrizione di clausole contrattuali standard. Per ottenere informazioni a tal riguardo, potrà inviare una e-mail all'indirizzo fondoposteprivacy@protectiontrade.it.

Conservazione dei dati

I dati personali acquisiti per le finalità su menzionate saranno trattati per la durata del rapporto associativo e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa contabile e fiscale; tali dati saranno inoltre conservati nei limiti dei tempi prescrizionali previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto associativo instaurato con il fondo.

Diritti dell'interessato

La informiamo, che potrà esercitare i diritti contemplati dal Regolamento, scrivendo a fondoposteprivacy@protectiontrade.it. In particolare, potrà:

- accedere ai suoi dati personali, ottenendo evidenza delle finalità perseguite da parte del Titolare, delle categorie di dati coinvolti, dei destinatari a cui gli stessi possono essere comunicati, del periodo di conservazione applicabile, dell'esistenza di processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze possibili per l'interessato, ove non già indicato nel testo di questa Informativa;
- ottenere senza ritardo la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano;
- ottenere, nei casi previsti dalla legge, la cancellazione dei suoi dati;
- ottenere la limitazione del trattamento o di opporsi allo stesso, quando ammesso in base alle previsioni di legge applicabili al caso specifico.

Le ricordiamo infine, che è un diritto dell'Interessato proporre un reclamo all'Autorità di controllo: Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali.



FONDOPOSTE

Allegato 1

CERTIFICAZIONE A CURA DELLA STRUTTURA PUBBLICA COMPETENTE (ASL) O DEL MEDICO CURANTE CONVENZIONATO ASL (CON CODICE REGIONALE ASL) PER RICHIEDERE AL FONDO PENSIONE UNA ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE DERIVANTI DA GRAVISSIME SITUAZIONI PER TERAPIE ED INTERVENTI STRAORDINARI RICONOSCIUTI DALLE COMPETENTI STRUTTURE PUBBLICHE PER SE' O PER IL CONIUGE O PER I FIGLI

A FONDOPOSTE

In relazione alla domanda presentata da:

Cognome Nome
nato/a a prov. il/..../.....

al fine di ottenere l'anticipazione di contributi accumulati nel Fondo Pensione, ai sensi della normativa vigente,

SI RICONOSCE:

che lo/la stesso/a e/o il familiare (*) ha sostenuto / dovrà sostenere spese sanitarie per terapie e/o interventi aventi carattere di straordinarietà relativi a:

che vengono certificati come derivanti da gravissime situazioni.

(*) indicare NOME e COGNOME e relazione di parentela

.....

Timbro e Firma

N.B.: il timbro del medico curante deve riportare il codice regionale ASL.