



Fondo Pensione Complementare per i Lavoratori delle Imprese Industriali ed Artigiane Edili ed Affini

## MODULO di RICHIESTA ANTICIPAZIONE SULLA POSIZIONE PREVIDENZIALE

### 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 previsto dall'art. 13 dello Statuto di Prevedi)  
 \_\_\_\_\_ % (indicare la percentuale richiesta sulla posizione individuale maturata, che non potrà comunque superare il limite max previsto dall'art. 13 dello Statuto di Prevedi)

Qualora la richiesta dell'iscritto superi il limite massimo previsto dall'art. 13 dello Statuto di Prevedi, il Fondo provvederà ad erogare l'anticipazione nella misura massima consentita.

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. COORDINATE BANCARIE

 \_\_\_\_\_  
CODICE NAZIONE CODICE CONTROLLO CIIN A B I C A B NUMERO DI CONTO CORRENTE

INTESTATO A: \_\_\_\_\_ BANCA E FILIALE: \_\_\_\_\_

Qualora le coordinate bancarie non siano indicate o risultino incongruenti, il pagamento, se di importo inferiore a € 10.000, avverrà tramite assegno circolare non trasferibile intestato all'iscritto, inviato all'indirizzo di residenza sopra indicato. A tal fine con la presente l'iscritto autorizza il Fondo Prevedi a trattenere dall'importo in liquidazione le spese di emissione e spedizione dell'assegno citato (€ 5) e lo solleva da ogni responsabilità per l'eventuale smarrimento o mancato recapito dello stesso. La riscossione dell'assegno è subordinata alla presentazione alla banca di due documenti di identità validi del beneficiario.

Per importi superiori a € 5.000 e fino al limite di € 10.000 l'assegno non può essere riscosso, ma deve essere versato su un conto corrente intestato al beneficiario. Il pagamento tramite assegno non può essere effettuato per importi superiori a € 10.000.

### ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

L'anticipazione può essere richiesta per un importo preciso (al lordo delle imposte) o per una certa percentuale sul montante maturato. L'importo indicato si intende sempre al lordo delle imposte. In caso di duplice compilazione (sia dell'importo che della percentuale) si terrà conto della richiesta in forma di percentuale. Si ricorda che ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria (8 anni) per i motivi di cui alle lettere B), C) e D), 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 (tali periodi sono desumibili dal dettaglio dei trasferimenti a Prevedi di posizioni previdenziali maturate dall'iscritto presso altre forme pensionistiche). Si ricorda inoltre che le somme percepite a titolo di anticipazione non possono mai eccedere, complessivamente, il 75% della posizione individuale maturata dall'iscritto (art. 13, comma 3 Statuto Prevedi).

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

- (1) **SPESE SANITARIE**: certificato del proprio medico di medicina generale attestante il carattere gravissimo e straordinario delle spese sanitarie (facsimile allegato) e, nel caso di richiesta per familiari a carico, **certificato di stato di famiglia** che attesti il grado di parentela con l'iscritto.
- (2) **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 acquisto della prima abitazione per i figli, allegare **certificato di stato di famiglia**, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela.
- (3) **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. n. 06/06/2001, n. 380): copia dell'atto attestante la **proprietà dell'immobile** da ristrutturare. In caso di ristrutturazione della prima abitazione per i figli, allegare **certificato di stato di famiglia** attestante il rapporto di parentela. Copia delle **fatture/bonifici** attestanti le spese sostenute o i preventivi di spesa. 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** (facsimile allegato).

**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 e dallo Statuto di Prevedi 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:** La mancata sottoscrizione o l'incompleta compilazione della presente richiesta, o la mancanza o incompletezza della documentazione da allegare alla stessa, possono essere causa di immediato rigetto della domanda presentata, senza obbligo di preavviso al richiedente.

## Dichiarazione del medico di medicina generale

assegnato dalla propria Azienda Sanitaria Locale (ASL) di residenza  
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 medici straordinari** ai sensi dell'art. 11 co. 7 lett. a del D.Lgs 252/05

Al Fondo Pensione Complementare per i Lavoratori delle Imprese Industriali ed Artigiane Edili ed Affini  
(den. breve PREVEDI)

In relazione alla domanda presentata dal Vs. aderente:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

al fine di ottenere un'anticipazione della posizione maturata presso il 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.**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_.

Timbro e firma del medico di medicina generale\*

\_\_\_\_\_

#### Istruzioni:

- La certificazione di cui all'oggetto deve essere rilasciata dal medico di medicina generale (detto anche medico di base o di famiglia) assegnato dalla propria Azienda Sanitaria Locale (ASL) di residenza.
- Il Timbro e la firma della presente Certificazione sono obbligatori e devono consentire l'esatta identificazione del medico di medicina generale 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.

\* **La presente dichiarazione viene rilasciata sotto la responsabilità del medico, che potrà essere contattato dal Fondo Pensione o dalle competenti Autorità di Vigilanza per eventuali verifiche e accertamenti in merito, stante il regime fiscale agevolato che caratterizza l'anticipazione in oggetto.**

