

## MODULO DI ANTICIPAZIONE SPESE SANITARIE PER SE', CONIUGE E FIGLI

### I TUOI DATI ANAGRAFICI

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_ N. Iscrizione a Priamo \_\_\_\_\_


### LASCIA I RECAPITI A CUI CONTATTARTI

Indirizzo \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

### QUANTI SOLDI VUOI RICHIEDERE COME ANTICIPAZIONE?

Ti ricordiamo che l'importo non può essere superiore al 75% del montante accumulato, né alle spese preventivate e successivamente giustificate (l'importo minimo richiedibile è di euro 2.000,00)

MASSIMO RICHIEDIBILE  € \_\_\_\_\_


 Se in passato hai ricevuto una anticipazione presentando dei preventivi, senza poi inviarci le relative fatture, non è possibile richiedere un'altra anticipazione salva possibilità di restituzione delle somme

### SU QUALE CONTO CORRENTE VUOI CHE SIANO VERSATI I SOLDI?

Il conto corrente a me intestato con le seguenti coordinate

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_

Su un conto corrente intestato ad un'altra persona  Compila e allega la delega all'incasso – Allegato 3

 Il presente modulo (e gli eventuali allegati richiesti), debitamente compilato e firmato, deve essere caricato attraverso la posizione on line sezione ANTICIPI o spedito tramite raccomandata a: Via Federico Cesi, 72 – 00193 - Roma

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 Iscritto



\_\_\_\_\_

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

### QUALE IMPORTO IN € DEVI INSERIRE?

L'importo da inserire è quello che si desidera ricevere. La somma che verrà prelevata dalla propria posizione sarà più elevata in quanto viene tassata. Per maggiori dettagli sulla tassazione leggi il [Documento sul Regime Fiscale](#).

L'importo minimo che può essere richiesto, al lordo delle tasse, è pari a € 2.000. Nel caso in cui venga richiesto un importo più basso, l'anticipazione non viene concessa. Per maggiori dettagli leggi il [Regolamento sulle Anticipazioni](#).

### COSA ACCADE NEL CASO IN CUI TU ABBAIA ATTIVATO UN CONTRATTO DI FINANZIAMENTO CON CESSIONE DEL V DELLO STIPENDIO?

In caso di contratto di finanziamento con cessione in garanzia della posizione di previdenza complementare occorre presentare la liberatoria della Finanziaria. Se non viene presentato questo documento, il Fondo Priamo erogherà solo i 4/5 dell'importo.



### QUALI DOCUMENTI DEVI PRESENTARE ASSIEME ALLA RICHIESTA?

#### PER TUTTI I CASI

- Attestazione, da parte della competente struttura pubblica, della straordinarietà delle terapie e degli interventi attinenti gravissime situazioni. L'attestazione non deve avere una data anteriore di 180 giorni rispetto alla richiesta di anticipazione. **(ALLEGATO 1)**
- In caso di finanziamento con cessione del V dello stipendio/delega di pagamento, liberatoria della finanziaria o attestazione di estinzione del finanziamento.
- In caso di richiesta di versamento delle somme su un conto corrente di un'altra persona: Delega all'incasso **(ALLEGATO 2)** con fotocopia del documento di identità del delegato.
- Consenso al trattamento del dato personale **(ALLEGATO 3)**
- Fotocopia del documento d'identità del richiedente

#### NEL CASO SI RICHIEDA L'ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE PER IL CONIUGE O I FIGLI:

- Documentazione idonea ad attestare il legame di parentela (es. certificato di matrimonio, estratto di nascita).
- Fotocopia della carta d'identità del coniuge/figlio
- Autorizzazione al trattamento dei dati del coniuge/figlio **(ALLEGATO 3)** Nel caso non si compili tale modulo, Priamo non potrà procedere con l'elaborazione della richiesta di anticipazione.

#### NEL CASO IN CUI SI SIA GIÀ SOSTENUTA LA SPESA:

- Fatture emesse non oltre 6 mesi (180 giorni) prima della richiesta e ricevute fiscali attestanti le spese effettivamente sostenute comprese le spese accessorie strettamente connesse alla terapia e/o all'intervento (es. viaggio e soggiorno);

#### NEL CASO IN CUI NON SI SIA GIÀ SOSTENUTA LA SPESA:

- Preventivo, firmato per accettazione da parte dell'iscritto, recante data non anteriore ai 180 giorni dalla richiesta.

## PROMEMORIA

Ho inviato il modulo a Fondo Priamo per la richiesta di anticipazione per spese sanitarie

Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

## QUALI SONO I PROSSIMI PASSI?

1. Priamo riceve il modulo in originale spedito per raccomandata a/r o pec.
2. Entro 30 giorni dalla ricezione, se c'è qualcosa che non va nella compilazione della richiesta o negli allegati presentati, sarai informato tramite lettera o via mail. Se invece la pratica è corretta, ti arriverà un primo SMS.
3. Un secondo SMS verrà inviato dopo l'aggiornamento della tua posizione contributiva a seguito del disinvestimento delle quote.
4. Entro 120 giorni dal momento in cui la pratica è pervenuta al Fondo o è stata completata, riceverai la prestazione. Un terzo SMS ti informa dell'avvenuto pagamento delle somme.
5. Successivamente al bonifico, riceverai dal Fondo un documento che riepiloga la tassazione applicata.
6. Se hai richiesto l'anticipazione presentando preventivi di spesa, entro 30 giorni dall'emissione delle fatture è necessario inviarle al Fondo.

**ALLEGATO 1 - DICHIARAZIONE ASL o ALTRA STRUTTURA PUBBLICA COMPETENTE PER  
RICHIEDERE AL FONDO PENSIONE UNA ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE PER TERAPIE ED  
INTERVENTI STRAORDINARI DERIVANTI DA GRAVISSIME SITUAZIONI PER L'ADERENTE, IL  
CONIUGE E I FIGLI**

Al Fondo pensione Priamo

In relazione alla domanda presentata dal Vostro iscritto:

Nome	Cognome	
Codice fiscale	Data di nascita: / /	
Comune di nascita	Prov.	Stato

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

- L'iscritto sopra indicato
- Familiare di seguito indicato

Nome	Cognome
Codice fiscale	

deve sostenere terapie/interventi legati a gravissime situazioni ed aventi carattere di straordinarietà sotto il profilo medico

Data.....

Timbro e Firma.....

(Il timbro del medico di famiglia o della struttura sanitaria convenzionata deve riportare il codice regionale o ASL)

## ALLEGATO 2 – DELEGA ALL'INCASSO

Il sottoscritto aderente

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

delega

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Identificato come delegato all'incasso di cui si allega documento di identità valido, ad incassare la somma corrispondente alla richiesta di liquidazione della posizione individuale accantonata presso codesto Fondo consapevole che il relativo importo verrà liquidato allo stesso sul proprio conto corrente di seguito indicato.

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Il sottoscritto è consapevole che in base alla normativa PSD (nuova Direttiva Europea sui Servizi di Pagamento), l'errata indicazione potrà determinare la mancata o l'inesatta esecuzione del bonifico, senza responsabilità per la banca del beneficiario e il Fondo Pensione PRIAMO, qualora la somma venisse accreditata sul conto corrente di un soggetto diverso dall'effettivo intestatario.

**Pertanto esonera PRIAMO da qualunque responsabilità e dichiara altresì di non avere più nulla a pretendere nei confronti del Fondo relativamente alla presente richiesta di liquidazione.**

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il soggetto delegato autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del D.Lgs. n.196/03 e successive disposizioni in materia, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Data Compilazione: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma Iscritto



\_\_\_\_\_

Firma delegato



\_\_\_\_\_



**Allegare copia documento identità del soggetto delegato**

### ALLEGATO 3 – Informativa ai sensi dell'art. 13, del Regolamento EU 679/2016

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento EU 679/2016, Fondo Pensione Priamo, con sede in Via Federico Cesi, 72 – 00193 - Roma, Titolare del trattamento, ad integrazione dell'informativa già conferita, La informa che, il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per la gestione della sua richiesta di anticipazione per spese sanitarie e interventi straordinari derivanti da gravissime situazioni; il conferimento dei dati è necessario per perseguire le finalità menzionate. Il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali. La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto al fondo e la conseguente determinazione del rapporto associativo, il conferimento del consenso nonché gli obblighi di legge. I suoi dati personali 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 prescrizione previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto associativo instaurato con il fondo. Inoltre, nel caso in cui la richiesta di anticipazione sia effettuata a favore dei propri familiari, il Fondo, potrà venire a conoscenza anche di alcuni dati degli stessi. Desideriamo inoltre informarLa che in occasione delle operazioni di trattamento dei Dati il Titolare potrebbe venire a conoscenza anche di Dati che la Legge definisce particolari (p.e. lo stato di salute). Anche a tale riguardo, Le confermiamo che tali dati verranno trattati con la massima riservatezza. I suoi dati personali, che non saranno diffusi, potranno essere comunicati ai soggetti deputati alla gestione dei contributi previdenziali complementari e all'erogazione delle prestazioni pensionistiche complementari, alla Banca Depositaria I.C. Banche Popolari Italiane; a terzi per la fornitura di servizi informatici e di archiviazione e a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria. Per ottenere informazioni sull'eventuale trasferimento dei suoi dati fuori dall'unione europea, potrà inviare una e-mail all'indirizzo [fondopriamo@protectiontrade.it](mailto:fondopriamo@protectiontrade.it). Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato al seguente indirizzo mail [Dpo\\_fondopriamo@protectiontrade.it](mailto:Dpo_fondopriamo@protectiontrade.it). La informiamo infine che potrà esercitare i suoi diritti in qualità di interessato scrivendo una mail a [fondopriamo@protectiontrade.it](mailto:fondopriamo@protectiontrade.it). Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali possono essere consultate nella sezione privacy del sito [web www.fondopriamo.it](http://www.fondopriamo.it)

#### Consenso al trattamento dei dati personali

Acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Regolamento EU 679/2016, ai sensi dell'articolo 6 dello stesso conferisco il consenso al trattamento dei dati particolari per la gestione della mia richiesta di anticipazione per spese sanitarie e interventi straordinari derivanti da gravissime situazioni.

Data.....



Firma.....

dell'aderente o del figlio capace e maggiorenne

La firma dovrà essere dell'iscritto se la richiesta di anticipazione per le spese sanitarie è effettuata per se stesso; se la richiesta è effettuata a favore di un familiare maggiorenne la firma dovrà essere apposta dal familiare dell'iscritto.