

Richiesta di Anticipazione

1. DATI DELL'ADERENTE																									
Il sottoscritto,																									
Cognome : _____													Nome: _____												
Codice Fiscale																									
Sesso: M ☐ F ☐ Data di nascita: _____																									
Comune di nascita: _____													Provincia: _____												
Telefono _____													email: _____												
Indirizzo di residenza _____																									
Comune di residenza _____													CAP _____							Provincia _____					
PEC _____																									
2. RICHIEDE																									
di conseguire una ANTICIPAZIONE della prestazione pari a:																									
euro _____ , _____ (importo richiesto) oppure _____ % (percentuale del maturato)																									
☐ a preventivo oppure																									
☐ a consuntivo																									
per il seguente motivo:																									
☐ SPESE SANITARIE ☐ ACQUISTO PRIMA CASA ☐ RISTRUTTURAZIONE ☐ FORMAZIONE CONTINUA (BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE)																									
3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI																									
Data di prima iscrizione a forme pensionistiche complementari: ____/____/____																									
Precedenti richieste di anticipazione al Fondo: SI ☐ NO ☐																									
Rendicontazione precedenti anticipazioni: SI ☐ NO ☐																									
4. COORDINATE BANCARIE per il versamento delle somme liquidate																									
IBAN																									
Banca e filiale _____																									
Intestato a _____																									
5. FIRMA																									
Il sottoscritto aderente istante è consapevole delle condizioni di procedibilità ed ammissibilità delle istanze di anticipazione e, pertanto, si obbliga a consegnare la documentazione relativa alla rendicontazione delle richieste di anticipazione avanzate a preventivo, inclusa la produzione dei documenti giustificativi di spesa in conformità a quanto richiesto dalla normativa applicabile in materia e dal Documento sulle Anticipazioni.																									
Data di Compilazione: _____ Firma _____																									
Sezione riservata all'Ufficio																									
Prerequisiti SI ☐ NO ☐													Esito: Procedibile ☐ Improcedibile ☐ Inammissibile ☐												
Data valutazione/ratifica CDA/DG _____ Firma: _____																									

Istruzioni per la compilazione

Può essere indicato alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in percentuale del montante maturato.

L'importo si intende al lordo delle imposte. In caso di duplice compilazione sarà liquidato l'importo espresso in cifre.

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

- (1) SPESE SANITARIE: vedi allegato A
- (2) ACQUISTO PRIMA CASA: vedi allegato B
- (3) RISTRUTTURAZIONE: vedi allegato C
- (4) FORMAZIONE CONTINUA: vedi allegato D

La documentazione deve essere presentata personalmente presso gli uffici operativi del Fondo (Via Via Mezzocannone 8, Napoli) oppure caricata nell'area riservata agli iscritti al Fondo Pensione al seguente link: [https://funds.previnet.it/w-horizon-uninapoli/login.html#/.](https://funds.previnet.it/w-horizon-uninapoli/login.html#/)

ALLEGATO A

DOCUMENTI DA PRESENTARE (in originale o copia dichiarata conforme dall'aderente) PER RICHIEDERE L'ANTICIPAZIONE PER **SPESE SANITARIE**

1. **modulo di richiesta di anticipazione** compilato in tutte le sue parti;
2. copia del **documento d'identità** e del **codice fiscale** dell'aderente;
3. **dichiarazione ASL/struttura pubblica** attestante il carattere straordinario e necessario delle spese sanitarie (fac-simile allegato);
4. **preventivi** o **fatture*** delle spese mediche (nel caso di preventivi, presentare le relative fatture non appena disponibili);
5. modulo **Liberatoria Cessione del Quinto**. **ATTENZIONE:** nel caso in cui in presenza di cessione del quinto dello stipendio notificata al Fondo non venga compilato la liberatoria per la cessione del V, il Fondo procederà alla liquidazione dei 4/5 della somma richiesta.
6. Autorizzazione al trattamento dei dati personali (modulo privacy) firmato.

DOCUMENTI DA ALLEGARE IN AGGIUNTA A QUELLI SOPRA RIPORTATI, PER RICHIEDERE
L'ANTICIPAZIONE PER

LE SPESE SANITARIE DEL FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

- copia del **documento d'identità** e del **codice fiscale** del familiare;
- certificato di stato di famiglia (**NON DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**);
- autorizzazione al trattamento dei dati personali (modulo privacy) firmato dal familiare o, se minore, da chi ne esercita la potestà genitoriale o da chi ne ha la legale rappresentanza;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante lo status di familiare fiscalmente a carico (modulo familiari a carico).

*** NOTA BENE**

– In caso di richiesta a **preventivo**, saranno accettati preventivi datati **non oltre 6 mesi prima** della domanda di anticipazione, **fermo restando l'impegno dell'aderente ad inviare le relative fatture non appena disponibili e comunque non oltre i 12 mesi dall'emissione delle stesse.**

– In caso di richiesta a consuntivo e quindi con **fatture**, saranno accettate fatture datate **non oltre 120 giorni prima** della domanda di anticipazione.

**Dichiarazione ASL per richiedere al Fondo Pensione una
anticipazione per spese sanitarie per terapie ed interventi
straordinari**

Al Fondo pensione _____

In relazione alla domanda presentata dal Vs. iscritto:

Cognome e nome

nato/a a _____ **il**

al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel Fondo Pensione, come previsto dall'art.7, comma 4, del D.Lgs. n° 124 del 21/4/93,

SI DICHIARA

che il/la sig./sig.ra _____

(riportare il nome dell'iscritto al Fondo Pensione o del familiare fiscalmente a carico dell'iscritto)

deve sostenere/ha sostenuto terapie/interventi aventi carattere di straordinarietà
(sotto il profilo medico ed economico).

_____ lì _____.

Timbro e firma

Istruzioni:

La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da Istituti o Cliniche convenzionate.

In caso di spese sostenute per familiare fiscalmente a carico, allegare stato di famiglia rilasciato dal comune di residenza attestante il rapporto di parentela con l'iscritto.

Con la sottoscrizione del presente modulo, si autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei 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, 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.

Modulo Liberatoria Cessione del Quinto

AL FONDO PENSIONE DEL PERSONALE DOCENTE TECNICO E AMMINISTRATIVO

DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II E

DELLA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA LUIGI VANVITELLI

IO SOTTOSCRITTA/O

Cognome:	
Nome:	
Codice Fiscale:	

DICHIARO

☐ di non avere in corso contratti di finanziamento con cessione di quote di stipendio/salario in cui è stato disposto mandato irrevocabile di pagamento, a favore dell'istituto di credito, del diritto di riscatto della posizione economica gestita dal Fondo

☐ di aver contratto ed estinto il contratto di finanziamento contro cessione di quote di stipendio/salario e TFR con la Finanziaria

Timbro e firma della finanziaria

Firma dell'aderente

☐ di avere in atto un contratto di finanziamento contro cessione di quote di stipendio/salario, in cui è stato disposto mandato irrevocabile di pagamento a favore dell'istituto di credito/società finanziaria

che

☐ autorizza la prestazione richiesta

☐ autorizza la prestazione richiesta per un importo massimo di € _____

(in lettere _____) manlevando il

Fondo in epigrafe da ogni responsabilità al riguardo

Timbro e firma della finanziaria

Firma dell'aderente

Data:

INFORMATIVA RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679) MODULO PRIVACY

Ai fini previsti dal Regolamento Ue n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche si informa che i dati personali forniti ed acquisiti, saranno oggetto di trattamento nel rispetto di quanto disposto dal premesso Regolamento con particolare riferimento ai diritti ed obblighi conseguenti.

a) Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento è il Fondo Pensione del personale docente, tecnico ed amministrativo dell'Università degli Studi di Napoli Federico II e della Università della Campania Luigi Vanvitelli, con sede in Corso Umberto I – NAPOLI.

b) Responsabile protezione dati (eventuale)

Il Responsabile protezione dati (c.d. DPO) è il dott. Fabrizio Corona, Via Vecchia Poggioreale, 14 e-mail: corona@e-lawyers.it

c) Finalità del trattamento

I dati personali forniti saranno trattati, sia in modalità informatica che cartacea, unicamente per consentire al Fondo Pensione di effettuare le operazioni relative all'adesione, alle variazioni di aliquota contributiva, alle sospensioni della contribuzione, alla corresponsione di anticipazioni dei contributi accumulati, alla liquidazione delle prestazioni finali e all'informazione in ordine alla normativa e all'attività del Fondo Pensione. In particolare, il trattamento si riferisce alla gestione amministrativa dei dati, comprese le rilevazioni e le registrazioni contabili, nonché all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie, ovvero da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.

d) Periodo di conservazione dei dati

La conservazione dei dati personali forniti avverrà per il periodo di tempo necessario all'espletamento delle finalità sopra descritte.

e) Comunicazione

I dati oggetto di trattamento potranno essere comunicati ad altri soggetti (gestore, banche ed istituti di credito, service) che operano come autonomi titolari, per l'effettuazione delle operazioni di competenza. Rimangono salvi tutti i casi in cui le comunicazioni sono prescritte per legge. Gli stessi dati non saranno diffusi né trasferiti all'estero.

f) Obbligo di fornire i dati personali

Si ricorda che la comunicazione dei dati personali da parte della S.V. rappresenta un requisito necessario per la conclusione dell'accordo ed in caso di rifiuto il Fondo Pensione potrebbe non essere in grado di assicurare le operazioni relative all'adesione ed alla liquidazione delle prestazioni. **g)**

Revoca del consenso.

Si ricorda che la S.V. ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. **h) Diritti dell'interessato.**

In relazione ai dati oggetto del trattamento di cui alla presente informativa è riconosciuto alla S.V. in qualsiasi momento il diritto di:

- Accesso (art. 15 Regolamento UE n. 2016/679);
- Rettifica (art. 16 Regolamento UE n. 2016/679);
- Cancellazione (art. 17 Regolamento UE n. 2016/679);
- Limitazione (art. 18 Regolamento UE n. 2016/679);
- Portabilità, intesa come diritto ad ottenere dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti (art. 20 Regolamento UE n. 2016/679);
- Opposizione al trattamento (art. 21 Regolamento UE n. 2016/679).

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all'indirizzo fondopensione@pec.unina.it o lettera raccomandata a/r all'indirizzo Corso Umberto I, n. 40, 80138 NAPOLI. **i) Reclamo.**

Si ricorda che ai sensi dell'art. 77 del regolamento UE n. 2016/679 la S.V. potrà proporre reclamo all'Autorità Garante in caso di violazione della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ C.F. _____ Residente in _____

_____ Via _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

essendo stato informato:

- ✦ dell'identità del titolare del trattamento dei dati
- ✦ dell'identità del Responsabile della protezione dei dati
- ✦ della misura, modalità con le quali il trattamento avviene
- ✦ delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali
- ✦ del diritto alla revoca del consenso

Così come indicato nell'informativa predisposta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa di riferimento. Letto, confermato e sottoscritto

Data _____

Firma _____

MODULO familiari a carico

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

associato al Fondo in epigrafe dal _____ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- che il nominativo per il quale si richiede l'anticipazione per le spese sanitarie è:

Cognome	
Nome	
C.F.	
Nato il	
Nato a	
Residente	

- che il soggetto per il quale si richiede l'anticipazione è fiscalmente a carico dell'associato in qualità di _____ (specificare se figlio, coniuge, ecc...);
- che il familiare per il quale si richiede l'anticipazione, per l'anno in corso è fiscalmente a suo carico, in quanto:
 - ☐ nell'anno precedente non ha posseduto redditi che concorrono alla formazione del reddito complessivo per un ammontare superiore ad €. 2.840,51;
 - ☐ convive con il dichiarante o riceve da questo un assegno alimentare non risultante da provvedimenti dell'Autorità giudiziaria (solo per genitori, ascendenti prossimi, discendenti dei figli, generi/nuore, coniuge legalmente ed effettivamente separato, suoceri, fratelli/sorelle).

Data _____ Firma _____