

### 1. DATI DELL'ADERENTE

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

Codice Fiscale: 

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

Residente in via \_\_\_\_\_ Provincia: (    ) Tel.: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ CAP\*: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Beneficiario della richiesta:     Aderente                                   Coniuge                                   Figli

### 2. RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE E DATI PER L'ACCREDITO

Il sottoscritto, presa visione del Documento sulle Anticipazioni, chiede di conseguire una anticipazione nella misura del:

\_\_\_\_\_% al lordo delle imposte oppure  Importo al netto delle imposte: € \_\_\_\_\_

**N.B. Richiedibile in qualsiasi momento fino ad un massimo del 75% della posizione e mai oltre a quanto indicato nelle fatture/preventivi; può essere indicato alternativamente la % richiesta sul montante maturato o l'importo al netto delle imposte. In caso di duplice compilazione sarà liquidato l'importo lordo indicato in %)**

Bonifico bancario IBAN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Facoltativo) Assegno circolare non trasferibile al seguente indirizzo<sup>1</sup>:

Via: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Il sottoscritto Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ esonera il Fondo da ogni responsabilità comunque connessa all'invio dell'assegno circolare non trasferibile mediante il servizio postale e ad eventuali cause di opposizione da parte di terzi o connesse alla sottrazione e/o alla perdita del titolo di credito.

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

Firma: \_\_\_\_\_

### 3. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- Certificazione attestante gravissimi e straordinari interventi rilasciata da ASL/medico di base;
- Stato di famiglia o documento attestante legame di parentela ( in caso di richiesta per coniuge/figli);
- Fatture comprovanti spese sostenute o preventivi di spesa (con data non anteriore a 120 gg dalla richiesta);
- Copia documento d'identità;
- Traduzione della certificazione in caso di documentazione proveniente dall'estero.

**N.B.** L'incompleta compilazione del presente modulo e/od il mancato invio della documentazione richiesta e prevista nell'apposito Documento sulle Anticipazioni determinano l'immediato rigetto della domanda presentata.

Come previsto all'art. 4 comma 2 del Documento sulle Anticipazioni (sezione modulistica sito [www.alifond.it](http://www.alifond.it)), l'erogazione avverrà in 60 gg lavorativi dalla data di ricezione della pratica completa.

Per la copertura delle spese di istruzione della pratica il Fondo addebiterà 25 Euro alla posizione dell'associato.

Con la compilazione del presente modulo l'aderente, nel caso di richiesta presentata con preventivi di spesa, si impegna ad inviare copia della fattura al termine dei lavori: il mancato invio delle fatture attestanti le spese sostenute precluderà la possibilità di richiedere anticipazioni future (art. 5 comma 7 Documento sulle Anticipazioni)

### 4. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La persona per cui viene chiesta l'anticipazione, con la sottoscrizione della presente sezione, 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, 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: ..... / ..... / ..... Firma: \_\_\_\_\_

**DA ALLEGARE AL MODULO DI  
RICHIESTA ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE ASP.02**

**Dichiarazione ASL 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 ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche**

Al Fondo pensione \_\_\_\_\_

**In relazione alla domanda presentata dal Vostro aderente:**

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

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

al fine di ottenere l'anticipazione di contributi accumulati nel Fondo Pensione come previsto **dall'art. 11 comma 7 del D.Lgs. 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 STRAORDINARIETA' SOTTO IL PROFILO MEDICO.**

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

*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 il familiare, allegare stato di famiglia rilasciato dal comune di residenza attestante il rapporto di parentela con l'aderente.
- 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 verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

**1. DATI DELL'ADERENTE** (compilazione a cura dell'aderente)

In tale sezione devono essere riportati i dati anagrafici dell'aderente che presenta la richiesta di anticipazione

**2. DATI PER L'ACCREDITO** (compilazione a cura dell'aderente)

ALIFOND può erogare fino al 75% della posizione individuale maturata dell'aderente

L'erogazione avverrà in 60 gg lavorativi, esclusi quindi sabato, domeniche e festivi, dal ricevimento della richiesta presso il Fondo.

Presupposto del rispetto della tempistica di erogazione indicata è la completezza e regolarità delle richieste di anticipazioni.

L'erogazione della prestazione avverrà tramite bonifico bancario accreditato sulla base delle coordinate bancarie (IBAN) indicate nel modulo compilato dall'aderente.

Qualora l'aderente voglia procedere con l'erogazione tramite assegno circolare, invece, dovrà compilare l'apposito riquadro con l'esonero di responsabilità.

Su ogni anticipazione verrà applicata una trattenuta di € 25 a coperture delle spese amministrative.

SI FA PRESENTE CHE IL FONDO È TENUTO, IN QUALITÀ DI SOSTITUTO D'IMPOSTA, AD APPLICARE LE RITENUTE FISCALI DI LEGGE.

**3. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA** (compilazione a cura dell'aderente)

Il richiedente dovrà allegare al modulo di anticipazione la seguente documentazione:

- certificazione a cura della struttura pubblica competente (ASL) o medico di base che attesti il carattere straordinario ed urgente della terapia o dell'intervento (deve contenere codice regionale o codice struttura asl di riferimento e non partita iva del medico);
- certificato dello stato di famiglia o documentazione attestante rapporto di parentela con l'aderente, nel caso di spese sostenute per coniuge o figli;
- fatture o preventivo di spese che non superino 120 gg dalla richiesta.

Dovrà essere allegato sempre un documento d'identità del richiedente

N.B. in caso di presenza di vincoli su quanto maturato presso il Fondo Pensione, Alifond potrà erogare i 4/5 dell'importo richiesto, in quanto 1/5 dovrà rimanere vincolato qualora lo richieda la finanziaria stessa

Se si tratta di un vincolo relativo a un finanziamento estinto, il richiedente dovrà presentare apposita liberatoria al Fondo sottoscritta dalla finanziaria stessa.

Tutta la documentazione necessaria per avviare la pratica potrà essere inviata come segue:

- a mezzo posta ad ALIFOND VIALE PASTEUR 66 00144 ROMA
- per email ad [assistenza.anticipazioni@alifond.it](mailto:assistenza.anticipazioni@alifond.it)
- per fax 0654229742

**N.B. Nessun'altra richiesta di anticipazione potrà essere esaminata fino alla chiusura della pratica.**