



PERSEO SIRIO

Fondo nazionale pensione complementare dei Dipendenti Pubblici e Sanità
Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n° 164 - Via degli Scialoja, 3 - 00196 Roma - numero di telefono +390685304484
www.fondoperseosirio.it - pec: protocollo@pec.perseosirio.it

MODULO RICHIESTA ANTICIPAZIONE DIPENDENTI PUBBLICI

1. DATI DELL'ISCRITTO

Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Data di nascita:	/ /
Comune di nascita:		Provincia: ()	Telefono:
Mail	Comune di residenza:		
Indirizzo di residenza:		CAP:	Provincia ()

2. RICHIESTA ANTICIPAZIONE

Il sottoscritto **CHIEDE** di conseguire una **ANTICIPAZIONE** della prestazione pari a:

- _____ / ____ (indicare l'importo richiesto al lordo delle imposte)
 _____ % (indicare la percentuale richiesta sul montante maturato)

Per il seguente motivo:

- (1) SPESE SANITARIE** per terapie ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche
 (2) ACQUISTO PRIMA CASA di abitazione per sé o per i figli
 (3) interventi di manutenzione, restauro, risanamento e **RISTRUTTURAZIONE** sulla 1ª casa di abitazione propria o dei figli
 (4) spese sostenute o da sostenere durante i periodi di fruizione dei congedi per la **FORMAZIONE CONTINUA**

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

Quota esente fino al 31/12/2000: € _____ Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000: € _____

4. COORDINATE BANCARIE

PAESE	CODICE CONTROLLO	CIN	CODICE ABI	CODICE CAB	NUMERO CONTO CORRENTE

Intestato a: _____ Banca e Filiale: _____

Nota Bene:

- Nel caso in cui non venga fornito il codice IBAN completo di 27 caratteri, la liquidazione verrà effettuata a mezzo Assegno Circolare Non Trasferibile (il costo di emissione e le spese di consegna saranno decurtati dall'importo da liquidare)
- Non è possibile effettuare bonifici sul libretto di risparmio postale

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

Si segnala che:

La **Quota esente** su quanto maturato entro il 31/12/2000 rappresenta l'ammontare totale dei contributi versati al Fondo dal dipendente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. Qualora l'importo della quota esente fosse uguale ai contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000 indicare "100%".

L'**Abbattimento base imponibile** che il Fondo deve applicare su quanto maturato entro il 31/12/2000 è determinato nella misura di € 309,87 per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla % di TFR versato al Fondo. L'abbattimento di € 309,87 va riconosciuto all'Iscritto, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il Fondo.

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere a conoscenza dei requisiti previsti dallo Statuto del Fondo Pensione per l'esercizio dell'opzione prescelta e che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità

Data Compilazione: / / Firma: _____

NOTA BENE:

- L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.
- Il disinvestimento delle quote non consente di liquidare la somma prima di 60 giorni dall'acquisizione della domanda da parte del Fondo; la liquidazione avviene comunque entro 90 giorni dalla suddetta data.
- L'ammontare delle somme anticipabili non può in nessun caso superare l'onere effettivamente sostenuto e documentato con riferimento a ciascuna specifica causale.



PERSEO SIRIO

Fondo nazionale pensione complementare dei Dipendenti Pubblici e Sanità

Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n° 164 - Via degli Scialoja, 3 - 00196 Roma - numero di telefono +390685304484 - www.fondoperseosirio.it - pec: protocollo@pec.perseosirio.it

ALLEGATO D

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

1. **modulo di richiesta di anticipazione** compilato in tutte le sue parti;
2. copia della **carta d'identità** e del **codice fiscale** dell'aderente;
3. copia della **dichiarazione ASL** 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. nel caso l'aderente avesse acceso un contratto di finanziamento contro **cessione di quote di stipendio/salario e TFR, autorizzazione** a cura dell'aderente e della **finanziaria** a procedere alla liquidazione (modulo 6 o liberatoria). In presenza di vincoli di natura giudiziaria, il modulo deve essere vidimato anche dal giudice oppure in alternativa dovrà essere allegata la certificazione. **ATTENZIONE: nel caso in cui in presenza di cessione del quinto dello stipendio notificata al Fondo non venga compilato il modulo 6 o la liberatoria, Perseo Sirio procederà alla liquidazione dei 4/5 della somma richiesta.**
6. autorizzazione al trattamento dei dati personali (modulo 7) firmato

DOCUMENTI DA ALLEGARE IN AGGIUNTA A QUELLI SOPRA RIPORTATI, PER RICHIEDERE L'ANTICIPAZIONE PER LE SPESE SANITARIE DEL FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

- certificato di stato di famiglia (**NON DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**, in quanto Perseo Sirio non è un Ente pubblico);
- autorizzazione al trattamento dei dati personali (modulo 7) 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 8).

* **NOTA BENE**

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

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 sig./sig.ra _____
(riportare il nome dell'iscritto al Fondo Pensione o del familiare fiscalmente a carico dell'iscritto)

deve sostenere **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.*
- *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 Regolamento UE 2016/679, 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.*



PERSEO SIRIO

Fondo nazionale pensione complementare dei Dipendenti Pubblici e Sanità

Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n° 164 - Via degli Scialoja, 3 - 00196 Roma - numero di telefono +390685304484 www.fondoperseosirio.it - pec: protocollo@pec.perseosirio.it

Modulo 6

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

C.F.

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

DICHIARA

di aver 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 e TFR con la Finanziaria _____

che

autorizza l'anticipazione richiesta

autorizza l'anticipazione richiesta per un importo massimo di € _____

Timbro e firma della finanziaria

Firma dell'aderente

N.B.: In presenza di vincolo dell'Autorità giudiziaria allegare certificazione oppure far vidimare il presente modulo

Firma dell'autorità giudiziaria

Firma dell'aderente

Data _____, Luogo _____



PERSEO SIRIO

Fondo nazionale pensione complementare dei Dipendenti Pubblici e Sanità

Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n° 164 - Via degli Scialoja, 3 - 00196 Roma - numero di telefono +390685304484 - www.fondoperseosirio.it - pec: protocollo@pec.perseosirio.it

Modulo 7

Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679

In conformità al Regolamento relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016), Fondo PERSEO SIRIO con sede legale in Via degli Scialoja, 3 - Tel. 06/85304484 - Fax 06/8416157 - PEC: protocollo@pec.perseosirio.it (di seguito "il Fondo Pensione"), in qualità di "Titolare del trattamento", è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali.

1. FONTE DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso del Fondo sono raccolti direttamente presso l'interessato ovvero presso terzi, intendendosi per tali principalmente i soggetti abilitati alla raccolta delle adesioni.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI E NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti al Fondo Pensione, sono effettuati:

- per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio nonché delle altre prestazioni disciplinate dal D.lgs. 5 dicembre 2005, n. 252;
- per gli obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi.

I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori del Fondo Pensione, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo Pensione e in conformità alle istruzioni che saranno dallo stesso impartite.

Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per l'adempimento delle finalità perseguite dal Fondo Pensione.

3. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Fondo Pensione conserverà i dati personali per un periodo di 10 (dieci) anni decorrenti dalla cessazione del rapporto con l'interessato.

4. DIRITTO DI ACCESSO AI DATI PERSONALI ED ALTRI DIRITTI

In relazione ai dati personali conferiti, l'Interessato potrà esercitare i diritti di cui al Regolamento UE 679/2016:

- diritto di accesso;
- diritto di ottenere la rettifica, l'integrazione, la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento degli stessi;
- diritto di opposizione al trattamento;
- diritto alla portabilità dei dati;
- diritto di revocare il consenso;
- diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali.

Dichiara di aver letto l'informativa e di acconsentire al trattamento dei dati personali

Nome e Cognome

Firma

Data _____, Luogo _____



PERSEO SIRIO

Fondo nazionale pensione complementare dei Dipendenti Pubblici e Sanità

Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n° 164 - Via degli Scialoja, 3 - 00196 Roma - numero di telefono +390685304484 - www.fondoperseosirio.it - pec: protocollo@pec.perseosirio.it

Modulo 8

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

C.F.

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

associato a Perseo Sirio 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 _____ a _____
residente in _____

- 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 _____, Luogo _____

Firma
