



## **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13, DEL D.LGS 196/2003**

### **(Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali)**

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 196 del 2003, **FONDOPOSTE**, con sede in Roma, Viale Europa 190, Titolare del trattamento, La informa che il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per la gestione della sua richiesta di anticipazione per spese sanitarie per terapie ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche (asl); il conferimento dei dati è necessario per perseguire le finalità menzionate. Il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali. Inoltre, nel caso in cui la richiesta di anticipazione sia effettuata a favore dei propri famigliari, **FONDOPOSTE**, 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 sensibili (p.e. lo stato di salute). Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Dati sensibili 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; 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. Gli incaricati che si occupano dell'attività amministrativa, potranno venire a conoscenza dei suoi dati personali esclusivamente per le finalità su menzionate. Il Responsabile del trattamento è la Protection Trade S.r.l. con sede legale in Via Giorgio Morandi - 22, Itri (LT), l'elenco degli altri responsabili può essere richiesto all'indirizzo e-mail [fondoposteprivacy@protectiontrade.it](mailto:fondoposteprivacy@protectiontrade.it). Lei potrà rivolgersi al Titolare o al Responsabile del trattamento per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'articolo 7 del D.Lgs. 196/03 scrivendo all'indirizzo e-mail [fondoposteprivacy@protectiontrade.it](mailto:fondoposteprivacy@protectiontrade.it).

## **NOTE PER LA COMPILAZIONE**

### **Da leggere attentamente prima di firmare il modulo di richiesta anticipazione**

#### **SPESE SANITARIE PER TERAPIE ED INTERVENTI STRAORDINARI RICONOSCIUTI DALLE COMPETENTI STRUTTURE PUBBLICHE**

L'Anticipazione viene concessa all'aderente per consentire di far fronte a spese sanitarie per terapie ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche (ASL o medico curante con codice regionale ASL) a seguito di **gravissime situazioni** relative allo stesso aderente, al coniuge e ai figli.

L'Anticipazione per spese sanitarie per terapie ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche, può essere richiesta dall'aderente in qualsiasi momento a prescindere dall'anzianità di iscrizione alla previdenza complementare.

L'Anticipazione potrà essere erogata in presenza di situazioni di estrema gravità che comportino la necessità e straordinarietà dell'intervento o della terapia, dal punto di vista medico ed economico.

L'Anticipazione può essere richiesta dall'aderente anche più di una volta e comunque per un ammontare non eccedente il **75%** della posizione individuale maturata alla data delle richieste, incrementata delle anticipazioni percepite e non reintegrate. In caso di eventuale superamento del predetto massimale, l'importo da erogarsi sarà ridotto entro il limite consentito del 75%.

Le somme erogate a titolo di Anticipazione possono essere utilizzate anche per la copertura delle spese accessorie connesse alla terapia o all'intervento, purché debitamente documentate, quali le spese di viaggio e di soggiorno sostenute dall'aderente e quelle sostenute dal familiare per prestare assistenza all'aderente beneficiario della prestazione.

Qualora l'aderente abbia in corso un **contratto di finanziamento** (cessione del quinto e/o delegazione di pagamento), notificato al Fondo, lo stesso aderente dovrà produrre la liberatoria dell'Istituto mutuante. In assenza della liberatoria, l'anticipazione può essere liquidata solo per spese sanitarie, nei limiti dei 4/5 del montante disponibile, a fronte della documentazione presentata per la prestazione richiesta ed il restante 1/5 rimarrà vincolato a favore dell'Istituto mutuante.

**L'Anticipazione può essere richiesta entro 6 mesi dall'effettuazione della spesa.**

**IMPORTANTE!!!** Il Fondo può erogare all'aderente fino al 75% della posizione individuale maturata al netto della tassazione calcolata per Legge. L'importo anticipato non potrà mai eccedere la spesa sostenuta e giustificata.

Ai fini della liquidazione delle somme a titolo di Anticipazione, deve essere prodotta la documentazione di seguito elencata:

- **certificazione a cura della struttura pubblica competente** (ASL o medico curante con codice regionale ASL) del carattere straordinario della terapia o dell'intervento;
- **fatture o ricevute fiscali** attestanti gli oneri effettivamente sostenuti ovvero **preventivi di spesa**;
- **certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela** (qualora le terapie o gli interventi riguardino il coniuge o i figli dell'aderente);
- **copia di un documento di identità in corso di validità**;
- **dichiarazione attestante la sussistenza ovvero l'insistenza di contratti di finanziamento** contro cessione del quinto dello stipendio e TFR e/o delegazione di pagamento.

Il Fondo, rilevate le situazioni di estrema gravità che comportano la necessità e straordinarietà dell'intervento o della terapia, può corrispondere all'aderente le somme necessarie anche prima della terapia o dell'intervento sulla base di idonei preventivi di spesa, ferma restando la necessità di esibire la documentazione definitiva entro e non oltre 12 mesi dal momento della liquidazione.

All'importo erogato, al netto dei redditi già assoggettati ad imposta, è applicata una ritenuta a titolo d'imposta con l'aliquota del 15 per cento ridotta di una quota pari a 0,30 punti percentuali per ogni anno eccedente il quindicesimo anno di partecipazione a forme pensionistiche complementari con un limite massimo di riduzione di 6 punti percentuali. Per i montanti maturati prima del 1° gennaio 2007 si applicano le norme tributarie in vigore prima dell'applicazione del D.LGS. 252/2005.

L'attestazione rilasciata dalle competenti strutture pubbliche non preclude all'aderente la possibilità di scelta della struttura sanitaria, anche privata, italiana od estera, presso la quale effettuare la terapia o l'intervento.

Sono accolte le domande corredate da preventivo di spesa fermo restando la necessità di esibire la documentazione definitiva entro e non oltre 12 mesi dal momento della liquidazione.

Eventuali successive richieste di anticipazione avanzate dagli aderenti che non abbiano debitamente documentato le precedenti erogazioni ottenute non potranno essere accolte.

**DICHIARAZIONE ASL o MEDICO CURANTE CONVENZIONATO ASL PER RICHIEDERE AL FONDO PENSIONE UNA ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE DERIVANTI DA GRAVISSIME SITUAZIONI PER TERAPIE ED INTERVENTI STRAORDINARI RICONOSCIUTI DALLE COMPETENTI STRUTTURE PUBBLICHE PER SE' O PER IL CONIUGE O PER I FIGLI**

A FONDOPOSTE

In relazione alla domanda presentata da:

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

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

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

**si riconosce:**

che lo/la stesso/a e/o il familiare<sup>(\*)</sup> \_\_\_\_\_ ha sostenuto / dovrà sostenere spese sanitarie per terapie e/o interventi aventi carattere di straordinarietà relativi a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

che vengono certificati come derivanti da gravissime situazioni.

<sup>(\*)</sup> indicare NOME e COGNOME e relazione di parentela

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

Timbro e firma \_\_\_\_\_

**N.B.: il timbro del medico curante deve riportare il codice regionale ASL.**

## CERTIFICAZIONE CONTRATTO DI FINANZIAMENTO CON CESSIONE DEL QUINTO

### DATI DELL'ADERENTE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di non aver in essere** un contratto di finanziamento contro cessione di quote di stipendio /salario e TFR e/o delegazione di pagamento;

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma aderente** \_\_\_\_\_

- di avere in essere un contratto di finanziamento** contro cessione di quote di stipendio/salario e TFR e/o delegazione di pagamento con la Finanziaria \_\_\_\_\_; in tal caso sarà cura dell'aderente chiedere e far pervenire al Fondo un'apposita autorizzazione alla liquidazione dell'anticipazione rilasciata dalla Finanziaria interessata.

**Firma aderente** \_\_\_\_\_