

FONDO PENSIONE DIRIGENTI COOPERATIVI

Iscritto all'Albo dei Fondi Pensione con il numero d'ordine 1112

Viale Aldo Moro, 16 - 40127 BOLOGNA - Codice fiscale: 92018640372 -. Tel. 051509779 - Fax 051509780 - e-mail fondodir@tin.it sito web www.fondopensionedircoop.it**MODULO RICHIESTA ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE A SEGUITO DI GRAVISSIME SITUAZIONI RELATIVE ALL'ISCRITTO, AL CONIUGE E AI FIGLI PER TERAPIE E INTERVENTI STRAORDINARI RICONOSCIUTI DALLE COMPETENTI STRUTTURE PUBBLICHE**

1. DATI DELL'ISCRITTO	
Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale: _____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: ____ / ____ / ____
Comune di nascita: _____	Provincia: () Telefono: _____
Indirizzo di residenza: _____	CAP: _____
Comune di residenza: _____	Provincia: ()
2. RICHIESTA ANTICIPAZIONE	
Il sottoscritto CHIEDE di conseguire una ANTICIPAZIONE della prestazione	
<input type="checkbox"/> PER ME <input type="checkbox"/> PER IL CONIUGE <input type="checkbox"/> PER I FIGLI	
pari a:	
<input type="checkbox"/> EURO _____, _____ al lordo degli oneri fiscali	
<input type="checkbox"/> _____ % al lordo degli oneri fiscali	
Può essere indicato alternativamente l'importo in cifre o in percentuale. In caso di duplice compilazione sarà liquidato l'importo espresso in percentuale. Il fondo può erogare all'iscritto fino al 75% della posizione individuale maturata, al netto della tassazione calcolata per legge. L'importo anticipato non potrà mai essere superiore alla spesa sostenuta e giustificata.	
3. DATI CONTRIBUTIVI	
Quota esente fino al 31/12/2000: € _____	Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000: € _____
4. COORDINATE BANCARIE PER L'ACCREDITO:	
IBAN:	
Intestato a: _____	Banca e Filiale: _____
L'assenza o l'incompletezza delle coordinate bancarie impedisce l'erogazione dell'anticipazione	
ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE	
<u>Non sono ammissibili richieste di anticipazioni attinenti a terapie o interventi di importo economico inferiore a € 2.000.</u>	
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'iscritto e quelle sostenute dal familiare per prestare assistenza all'iscritto beneficiario della prestazione.	
L'Anticipazione verrà riconosciuta nell'ipotesi in cui la spesa sanitaria gravi sul reddito dell'iscritto e, dunque, anche nel caso in cui le terapie, l'assistenza o gli interventi riguardino il coniuge, i figli o i familiari fiscalmente a carico dell'iscritto.	
L'Anticipazione può essere richiesta entro 180 giorni dall'effettuazione della spesa.	
Ai fini della liquidazione delle somme a titolo di Anticipazione, <u>la documentazione di seguito elencata</u> deve essere prodotta dall'iscritto, in <u>copia dichiarata conforme all'originale dallo stesso con apposizione della propria firma</u> :	
<ul style="list-style-type: none"> - certificazione a cura della struttura pubblica competente (ASL) del carattere straordinario della terapia o dell'intervento (vedi modulo allegato); - copia delle fatture o ricevute fiscali intestate all'interessato relative agli oneri effettivamente sostenuti e rispondenti ai requisiti richiesti dalla normativa fiscale; - il Fondo, valutata la particolare necessità e urgenza delle spese documentate da idonea previsione di spesa, può corrispondere all'iscritto le somme necessarie prima della terapia o dell'intervento, fermo restando l'obbligo di presentare successivamente la documentazione fiscale comprovante la spesa effettivamente sostenuta; - certificato di stato famiglia se l'anticipazione viene richiesta per spese sanitarie effettuate per il coniuge o per figli. 	
L'attestazione rilasciata dalle strutture pubbliche non preclude all'iscritto la possibilità di scelta della struttura sanitaria, anche privata, italiana od estera, presso la quale effettuare la terapia o l'intervento.	
Il Fondo provvede, verificata la regolarità e completezza della documentazione, all'erogazione dell'Anticipazione entro 90 giorni dalla ricezione della stessa. Qualora la documentazione prodotta risulti irregolare o incompleta, il Fondo invia all'iscritto richiesta di integrazione; in tal caso, il suddetto termine di 90 giorni decorrerà nuovamente dalla data di completamento della documentazione.	
I dati contributivi vanno compilati in <u>collaborazione con il datore di lavoro</u> . In particolare 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 (L.600.000) 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.	
Le somme erogate a titolo di Anticipazione possono essere reintegrate dall'iscritto , ai sensi dell'art. 11, comma 8 del D. Lgs. 252/2005, in qualsiasi momento, anche mediante contribuzioni annuali eccedenti il limite di deducibilità di euro 5.164,57. Il versamento dovrà essere eseguito tramite bonifico bancario con causale "Reintegro anticipazioni" seguito dal codice fiscale dell'iscritto. (Per il trattamento fiscale delle anticipazioni reintegrate vedi il documento sul regime fiscale).	
Nota bene: le somme percepite a titolo di anticipazione non possono mai eccedere, complessivamente, il 75% del montante contributivo. Per ulteriori dettagli vedi il documento sulle anticipazioni e sul regime fiscale.	
Spedire a Fondo Pensione Dirigenti Cooperativi - Viale Aldo Moro 16 40127 BOLOGNA	
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:

NOTA BENE: La mancata sottoscrizione comporta il rigetto della domanda presentata.

DICHIARAZIONE ASL O MEDICO CURANTE PER RICHIEDERE AL FONDO PENSIONE UNA ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE A SEGUITO DI GRAVISSIME SITUAZIONI RELATIVE ALL'ISCRITTO, AL CONIUGE E AI FIGLI PER TERAPIE E INTERVENTI STRAORDINARI RICONOSCIUTI DALLE COMPETENTI STRUTTURE PUBBLICHE

**A FONDO PENSIONE
DIRIGENTI COOPERATIVI
Viale Aldo Moro, 16
40127 BOLOGNA**

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, ai sensi della normativa vigente

SI DICHIARA

che il sig./sig.ra _____
(riportare il nome dell'iscritto al Fondo Pensione o del familiare fiscalmente a carico dell'iscritto e la relazione di parentela)

deve sostenere **terapie/interventi aventi carattere di necessità e straordinarietà**
(sotto il profilo medico ed economico).

_____ lì _____.

Timbro e firma

ISTRUZIONI E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI:

- *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.*