

DOMANDA DI ANTICIPAZIONE DEI CONTRIBUTI ACCUMULATI PER SPESE SANITARIE A SEGUITO DI GRAVISSIME SITUAZIONI

Il/la sottoscritto/a _____

CODICE FISCALE |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

iscritto/a al Fondo Pensione dal _____ Identificativo Iscritto _____

Telefono n. _____ email _____

CHIEDE

Di accreditare l'importo della liquidazione sul conto corrente intestato a

IBAN |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

ai sensi dell'articolo 13 dello Statuto e art. 2 del Documento sulle Anticipazioni del Fondo Pensione FNM un'anticipazione della posizione individuale maturata pari a:

€ _____ = (Euro _____/00) al netto delle imposte.
(L'importo richiesto non può essere superiore alla spesa documentata)

_____ % (massimo 75%) della posizione individuale.
(Il fondo può erogare all'aderente fino al 75% della posizione individuale maturata al lordo delle imposte calcolate per Legge. L'importo anticipato non potrà eccedere la spesa sostenuta e giustificata.)

Per spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni per:

Sé

il Coniuge

il Figlio

altro familiare a carico

signor/a _____ nato/a a _____ (____)

il _____ Codice fiscale |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

A tal fine

DICHIARA

dietro personale responsabilità, che il/la suddetto/a Signor/Signora _____

_____ ha la necessità di sottoporsi a terapie/interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche.

Il/la sottoscritto/a allega la documentazione prevista secondo quanto previsto dal Documento sulle Anticipazioni approvato dal Consiglio di Amministrazione del 18.12.2024:

documento di identità dell'Isritto in corso di validità;

attestazione della struttura pubblica (ASL/medico di base) in merito alla gravità e alla straordinarietà dell'intervento;

fatture/ricevute quietanzate attestanti gli oneri sostenuti;

ai sensi del punto 1.11 del Documento sulle Anticipazioni, in presenza di vincoli di natura finanziaria, autorizza il Fondo Pensione FNM a richiedere alla Società finanziaria tutte le informazioni necessarie alla valutazione della richiesta di anticipazione;

ai sensi del punto 1.11 del Documento sulle Anticipazioni, in presenza di vincoli di natura giudiziaria, allega liberatoria dell'autorità giudiziaria competente;

IN CASO DI SPESE MEDICHE SOSTENUTE PER SOGGETTI DIVERSI DALL'ISCRITTO:

- dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 2 del Documento sulle Anticipazioni;
- certificato di stato di famiglia o, in caso di divorzio, estratto dell'atto di nascita dei figli;
- altro (specificare) _____;

IN CASO DI RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE SULLA BASE DELLA PREVISIONE DI SPESA:

- Fatture oppure preventivo sottoscritto dal Socio per assunzione di responsabilità sull'autenticità del documento;
- Autocertificazione attestante la richiesta nonché l'impegno a fornire successivamente le fatture e/o ricevute fiscali quietanzate, o altra prova dell'avvenuto pagamento, comprovanti le spese effettivamente sostenute.

Il/la richiedente in caso di mancata definizione della procedura si accolla le conseguenze derivanti e si impegna quindi a rimborsare le somme indebitamente percepite anche richiedendo il rimborso all'erario dell'IRPEF trattenuta e versata.

Non sarà dato corso a nessuna successiva richiesta di anticipazione dell'Isritto che non abbia debitamente documentato precedenti erogazioni liquidate o che non abbiano rispettato le prescrizioni del Documento sulle anticipazioni.

Il sottoscritto dichiara di aver letto il Documento sulle Anticipazioni disponibile sul sito www.fondopensione fnm.it.

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. È 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.

In fede.

Firma

Data _____

iscritto/a _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ex art. 13 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 Pensione FNM fornisce le seguenti informazioni sul trattamento effettuato dei dati personali dei propri iscritti.

1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Titolare del trattamento dei dati è il Fondo Pensione FNM, con sede in Piazzale Luigi Cadorna, 14 - 20123 Milano - Tel. 02/8511.4388.

2. FONTE DEI DATI PERSONALI

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

3. FINALITÀ' DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti a Fondo Pensione FNM sono effettuati:

- per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio, ai sensi del 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 FNM o da dipendenti e collaboratori delle società del Gruppo FNM cui sono affidate le attività di Segreteria del Fondo Pensione FNM, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo Pensione FNM e in conformità alle istruzioni che saranno dallo stesso impartite.

4. NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per l'adempimento delle finalità perseguite dal Fondo Pensione FNM. L'eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti comporta l'impossibilità di dare seguito alla domanda di adesione al Fondo Pensione FNM presentata dall'interessato.

Fondo Pensione FNM

Sede Legale:
Piazzale Cadorna, 14 - 20123 Milano
Iscrizione all'Albo n. 1165
Codice Fiscale n. 97116730157

Segreteria: telefono 02 85114388
www.fondopensione fnm.it
e-mail: fondopensione fnm@fondopensione fnm.it
PEC: fondopensione fnm@legalmail.it

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Fondo Pensione FNM potrà comunicare i dati personali acquisiti a soggetti e società esterne che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività.

I soggetti predetti potranno essere costituiti da:

- istituti bancari incaricati dell'attività di custodia e gestione del patrimonio
- compagnie di assicurazione e società finanziarie incaricate della gestione delle risorse del Fondo Pensione FNM
- società di servizi amministrativi, contabili ed informatici
- società del Gruppo FNM

I dati sono trasmessi alla Commissione di vigilanza sui fondi pensione per i compiti istituzionali dell'Autorità nonché ad altri organi di vigilanza nei casi previsti dalla normativa vigente.

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

Il Fondo Pensione, su richiesta dell'iscritto, fornirà l'elenco dei soggetti esterni ai quali i dati vengono trasmessi.

6. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

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

7. 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.

L'Interessato potrà esercitare i diritti di cui al Regolamento mediante trasmissione di una comunicazione scritta

- a mezzo lettera raccomandata indirizzandola a: Fondo Pensione FNM - Piazzale Luigi Cadorna 14 - 20123 Milano
- oppure via PEC all'indirizzo: fondopensionefnm@legalmail.it.

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016

Tenuto conto dell'informativa in materia di protezione dei dati personali fornitami dal Fondo Pensione FNM

dò il consenso **nego il consenso**

al trattamento dei dati personali appartenenti a particolari categorie ex art. 9, par. 1, del Regolamento, segnatamente i dati relativi alla salute trattati dal Fondo Pensione in occasione della presente richiesta di anticipazioni per spese sanitarie.

Data _____

iscritto/a _____

Diverso soggetto interessato _____

(Coniuge, figlio, altro familiare a carico)

(se quest'ultimo è minore o incapace firma dell'esercente la potestà genitoriale ovvero del tutore)

NOTA BENE:

L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione dello stesso comportano la sospensione della pratica fino alla corretta integrazione della stessa. In assenza del modulo non si darà corso alla pratica.

Per ricevuta

(timbro con data)