

Tel. 0471 946 525/551
fondopensione@raiffeisen.it

Spett.
**Cassa Centrale Raiffeisen
dell'Alto Adige SpA**
Via Laurin 1
39100 Bolzano (BZ)

RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE

Aderente

Il/La sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a in _____ Stato _____ il ___ / ___ / _____
residente a _____ via _____ no. _____
prov. _____ CAP _____ Tel. _____ E-Mail _____

chiede

in riferimento alla propria posizione previdenziale complementare:

di tipo **individuale** (anche in caso di solo conferimento del TFR)

di tipo **collettivo** (in caso di accordo collettivo e quindi di contributo del datore di lavoro)

l'**anticipazione** per un importo pari a: _____ Euro (importo al lordo delle ritenute fiscali)¹
_____ % (percentuale sul valore complessivo
della posizione personale)¹

A tal fine dichiara

di aver diritto all'anticipazione per spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e/o ai figli per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche.

Si allegano i seguenti documenti:

- certificazione da parte dell'A.S.L. in originale²;
- fattura e quietanza delle spese sostenute, anche relative al viaggio o soggiorno, emessa/e non oltre 18 mesi prima della richiesta, in originale o copia autenticata
- Non vengono accettate richieste corredate dal solo preventivo di spesa
- copia di **documento identificativo valido**;

in caso di spese sostenute per coniuge e/o figli:

- stato di famiglia storico
- autorizzazione al trattamento dei dati personali sottoscritta dai familiari interessati (modulo Privacy anticipazione)

in caso di contratti di finanziamento in corso (cessione del Quinto):

- liberatoria/e di pagamento da parte della/e società finanziaria/e

¹ L'art. 11, c. 7 e 8 del D.Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 prevede che l'importo richiesto **non può essere superiore al 75% della propria posizione maturata**. In caso di valorizzazione di entrambi i campi (importo e percentuale) il Fondo terrà in considerazione esclusivamente la percentuale. Il Fondo si riserva la possibilità di erogare un'importo lordo minore rispetto a quanto indicato dall'aderente qualora le spese realmente sostenute e documentate siano inferiori a quanto richiesto.

² A tal fine è necessario rivolgersi al **distretto sanitario di appartenenza**, presentando preventivi o fatture relative agli interventi oggetto di certificazione e la diagnosi del medico curante.

³ Le copie delle fatture possono essere **autentiche** da pubblico ufficiale, dai coordinatori previdenziali delle Casse Raiffeisen o della Cassa Centrale Raiffeisen dell'Alto Adige oppure dai sindacalisti FABI. In alternativa la documentazione può essere corredata di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di copia conforme all'originale.

e chiede l'accredito sul seguente conto corrente bancario

Codice IBAN _____

intestato a _____

presso la banca _____ filiale _____

ed inoltre dichiara

- di assumersi piena responsabilità della veridicità e fedeltà dei dati e delle dichiarazioni contenuti nella presente richiesta e di essere consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci o reticenti e di falsità degli atti, comunque accertate, di essere passibile di sanzioni penali ed amministrative, secondo le disposizioni vigenti (D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445);
- di essere in possesso dei requisiti che danno diritto alla presente richiesta;
- di aver comunicato correttamente al Fondo gli importi di tutti i contributi non dedotti;
- di aver letto e compreso tutte le informazioni e le avvertenze riportate sul presente modulo;
- di aver letto e compreso il Documento sulle Anticipazioni e il Documento sul Regime fiscale.

Avvertenze

- Il Fondo provvede agli adempimenti conseguenti alla presente richiesta con tempestività e comunque entro il termine massimo di sei mesi dalla ricezione della stessa corredata dalla documentazione completa.
- I termini relativi alla presente richiesta decorrono dal giorno in cui la stessa risulta essere corretta e completa. La richiesta non corretta viene respinta; quella non completa viene respinta se non integrata entro sei mesi.
- L'importo oggetto di disinvestimento è quello risultante al primo giorno di valorizzazione utile successivo a quello in cui il Fondo ha verificato la sussistenza delle condizioni che danno diritto alla richiesta. A seconda dell'andamento del valore quota, l'importo disinvestito sarà maggiore o minore rispetto a quello che sarebbe risultato al momento della presentazione della richiesta.
- Le somme risultanti dal disinvestimento delle quote accumulate sulla propria posizione verranno liquidate al netto delle imposte previste per legge (per ulteriori informazioni consultare il Documento sul regime fiscale).
- Le anticipazioni per spese sanitarie sono aggredibili da parte dei creditori dell'aderente. In caso di contratto di finanziamento stipulato dal richiedente e notificato al Fondo viene applicato quanto stabilito dalla legge.
- I documenti allegati alla richiesta non verranno restituiti.
- I "vecchi iscritti", ossia coloro che hanno aderito ad un fondo pensione prima del 29.04.1993, devono comunicare al Fondo la scelta relativa alla disciplina fiscale da applicare ai contributi eventualmente versati dal 01.01.2007.

Solo per aderenti iscritti prima di 1993 ("vecchi iscritti")⁴

Opta per l'applicazione del regime fiscale previsto dall'art. 11 del D.Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252, limitatamente al montante maturato dal 1° gennaio 2007 (M3);

Opta per l'applicazione del previgente regime fiscale in deroga all'art. 11 del D.Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 anche sul montante maturato dal 1° gennaio 2007 (M3).

Data _____

Firma _____

⁴ La qualifica di "vecchio iscritto" viene conservata anche dal soggetto iscritto alla data del 28 aprile 1993 a fondi istituiti alla data del 15 novembre 1992 e che abbia successivamente trasferito la propria posizione previdenziale ad altri fondi, a condizione che non abbia riscattato la sua posizione previdenziale.