

**ANTICIPAZIONE DEI CONTRIBUTI ACCUMULATI NEL FONDO PENSIONE  
PER SPESE SANITARIE PER TERAPIE ED INTERVENTI STRAORDINARI**

Ai sensi del D.Lgs. 5/12/2005 n° 252 – art.11 – comma 7 a)

Con la presente il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

|                             |                    |               |            |
|-----------------------------|--------------------|---------------|------------|
| <b>Codice Fiscale</b>       |                    |               |            |
| <b>Luogo e Data Nascita</b> | Nato a _____       | Prov. ( ) il  | / /        |
| <b>Domicilio Fiscale</b>    | Via<br>Città _____ | Prov. ( ) Cap | Tel. _____ |

iscritto al Fondo dal \_\_\_\_\_ ( indicare la prima data di iscrizione ad un Fondo Pensione)

dipendente della Società \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

un'anticipazione dei contributi, corrispondente alla spesa sostenuta e documentata:

- 75% del maturato (massimo consentito)  
oppure
- l'importo di € \_\_\_\_\_ se importo spesa minore del 75%.

A tal fine DICHIARA

dietro personale responsabilità, di avere necessità di sottoporsi a terapie/interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche.

Il sottoscritto allega:

- Attestazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica ove risulta la necessità e la straordinarietà della terapia o dell'intervento;
- Preventivo di spesa rilasciato dalla struttura che effettuerà la terapia/intervento;
- Autocertificazione attestante che l'iscritto e gli altri componenti del nucleo familiare non hanno richiesto ed ottenuto per la medesima causale altre anticipazioni da altra forma pensionistica complementare, assicurazioni private e/o dal Servizio Sanitario nazionale che complessivamente eccedono l'importo da anticipare.

Si impegna a produrre, entro 12 mesi:

- Fatture o ricevute fiscali comprovanti le spese effettivamente sostenute. Si possono comprendere anche le spese di viaggio e di soggiorno relative al familiare che presti eventualmente assistenza al lavoratore beneficiario dell'anticipazione.

Si impegna altresì a restituire in tutto ovvero in parte l'importo dell'anticipazione in caso di mancata o parziale effettuazione della spesa per la quale l'anticipazione viene richiesta.

In fede.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma)

**MODALITA' DI RISCOSSIONE – compilare tutti i campi indicati**

Si prega di accreditare l'importo della liquidazione sul c/c bancario

Intestato a: \_\_\_\_\_

presso la Banca \_\_\_\_\_

Fil./Agen. \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_

Codice IBAN (27 caratteri) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a .....il .....

e residente in.....Via.....n. ...., ai fini di ottenere l'anticipazione di cui all'oggetto da MULTIFOND, presso il quale il/la medesimo/a è iscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, previste dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e dell'art. 489 del codice penale,

dichiara

che né personalmente né gli altri componenti del nucleo familiare hanno richiesto ed ottenuto rimborsi di spese per la medesima causale da altra forma pensionistica complementare, da assicurazioni private e/o dal Servizio Sanitario Nazionale che, complessivamente all'importo dell'anticipazione, eccedono l'importo della spesa totale.

Luogo e data.....

In fede.....

Si allega copia del documento di identità: C.I. n.....