

MODULO RICHIESTA ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE

PER TERAPIE ED INTERVENTI STRAORDINARI DERIVANTI DA GRAVISSIME SITUAZIONI PER L'ADERENTE, IL CONIUGE E I FIGLI

Io sottoscritto/a _____ codice aderente _____

codice fiscale _____

nato/a il ___/___/___ a _____ Prov _____

dipendente della Società _____

associato/a a COMETA dal ___/___/___

RICHIEDO L'ANTICIPAZIONE SPESE SANITARIE STRAORDINARIE DERIVANTI DA GRAVISSIME SITUAZIONI

PER ME PER IL CONIUGE PER I MIEI FIGLI

per un importo pari a € _____ al netto delle tasse*

per una percentuale pari al 75% della posizione individuale maturata*

Solo in caso di accoglimento della richiesta verrà addebitato un costo per la gestione della pratica sulla somma erogata pari a 20€

Dati per accredito

L'anticipazione richiesta dovrà essere accreditata sul seguente conto corrente bancario:

Codice IBAN | _____

L'assenza del codice IBAN, composto da 27 caratteri alfanumerici, impedisce l'erogazione dell'anticipazione.

Intestatario del conto _____

Il sottoscritto è consapevole che in base alla normativa **PSD (nuova Direttiva Europea sui Servizi di Pagamento)**, l'errata indicazione potrà determinare la mancata o l'inesatta esecuzione del bonifico, senza responsabilità per la banca del beneficiario e il Fondo Pensione COMETA, qualora la somma venisse accreditata sul conto corrente di un soggetto diverso dall'effettivo beneficiario. In caso di IBAN diversamente intestato l'aderente, firmando il modulo, autorizza il Fondo ad effettuare il pagamento su conto intestato a persona diversa. Se l'IBAN risulta errato o associato ad un conto non attivo e il pagamento dovesse ritornare al Fondo, Cometa richiederà all'aderente nuove coordinate bancarie.

Per qualsiasi comunicazione o informazione ulteriore, Cometa potrà contattarmi a uno dei seguenti recapiti:

Mail _____

Indicando la mail acconsento all'invio di tutte le future comunicazioni, compresa la comunicazione periodica, tramite posta elettronica.

Posta

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Si allegano tutti i documenti richiesti.

Prima di firmare la modulistica leggere attentamente le "annotazioni importanti" riportate nella pagina successiva.

Io sottoscritto/a _____ mi impegno alla restituzione della differenza nel caso in cui l'importo della fattura risulti inferiore rispetto a quello del preventivo da me presentato.

In ogni caso di mancato invio della documentazione fiscale comprovante le spese sostenute mi impegno a restituire le somme non giustificate.

Data.....

Firma.....



Il modulo deve essere inviato tramite posta all'indirizzo:

FONDO COMETA C/O PREVINET CASELLA POSTALE 176 CAP 31021 MOGLIANO VENETO (TV)

* 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. Nel caso in cui l'importo anticipabile sia pari o inferiore a 50,00 euro lordi, l'anticipazione non verrà erogata, in quanto l'importo netto (importo anticipabile - tassazione - 10,00 euro di gestione pratica) risulterebbe molto basso.

ANNOTAZIONI IMPORTANTI

DA LEGGERE ATTENTAMENTE PRIMA DI FIRMARE IL MODULO DI RICHIESTA ANTICIPAZIONE

- ✓ **La richiesta di anticipazione deve essere inoltrata al momento della maturazione dei requisiti. Non prima.**
- ✓ **La richiesta di anticipazione dovrà essere inviata tramite posta all'indirizzo:**
FONDO COMETA C/O PREVINET CASELLA POSTALE 176 CAP 31021 MOGLIANO VENETO (TV)
- ✓ **La richiesta di anticipazione verrà accolta se:**
 - l'aderente presenta tutta la documentazione richiesta
 - le spese sanitarie sono avvenute non oltre i 3 mesi precedenti la richiesta
 - le spese sanitarie sono certificate come straordinarie e derivanti da gravissime situazioni. Sono ritenute gravissime situazioni quelle rientranti nell'elenco AS, Nonché in tutti quei casi certificati come rientranti in gravissime situazioni sanitarie dal medico curante o dalla ASL. **IMPORTANTE:** il timbro del medico di famiglia deve riportare il codice regionale o ASL.
- ✓ **I documenti dovranno essere inviati in fotocopia, il Fondo non restituirà i documenti inviati in originale.**
- ✓ **In caso di documentazione provvisoria (preventivo),** il richiedente si impegna ad inviare al Fondo copia della fattura entro 15 giorni dall'emissione della stessa e a restituire la differenza nel caso in cui la fattura risulti inferiore al preventivo.

L'anticipazione verrà erogata per tutti i contributi quotati al momento della richiesta. Per una lavorazione più rapida rimarranno fuori dal conteggio i contributi "attribuiti" o spesati.

La pratica di anticipazione viene accettata dal Fondo se:

- ✓ l'aderente ha i requisiti per poter richiedere la prestazione;
- ✓ tutta la documentazione richiesta è esatta.

Le anticipazioni pervenute al service entro il 15 del mese se completate saranno pagate nel mese successivo dopo l'approvazione della quota da parte della Banca depositaria (valuta entro fine mese), le richieste pervenute dopo il 15 saranno pagate il mese dopo.

In caso di anticipazioni richieste in favore del minore fiscalmente a carico si ricorda che è necessario ottenere preventivamente l'autorizzazione del giudice tutelare ex art. 320 c.c.

✓ **CESSIONE DEL QUINTO**

Considerando che dal 01 Gennaio 2007, per espressa previsione di Legge le anticipazioni per spese sanitarie straordinarie derivanti da gravissime situazioni, sono sottoposte agli stessi limiti di cedibilità, sequestrabilità e pignorabilità previsti per le prestazioni previdenziali obbligatorie, in mancanza di liberatoria/e della/e Finanziaria/e, nel caso l'aderente avesse acceso un contratto di finanziamento contro cessione di quote di stipendio/salario e TFR l'anticipazione verrà subito elaborata dal Fondo per i 4/5 dell'importo anticipabile. Successivamente il Fondo Cometa provvederà a contattare la/le Finanziaria/e per ottenere la/le liberatoria/e necessaria/e per lo svincolo del 1/5 non erogato. Nel caso in cui la/le Finanziaria/e non autorizzi/no lo svincolo, l'anticipazione relativi a 1/5 non sarà erogata.

DOCUMENTI DA PRESENTARE IN FOTOCOPIA

PER RICHIEDERE L'ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE PER SÈ

1. **Modulo** di richiesta di anticipazione compilato in tutte le sue parti e firmato;
2. **Certificazione**, a cura della struttura pubblica competente (ASL o medico curante), **del carattere straordinario** della terapia o dell'intervento (Allegato AS2);
3. **Copia del preventivo di spesa e fatture o ricevute fiscali** attestanti gli oneri effettivamente sostenuti, nel caso l'importo della fattura sia in valuta estera è necessario presentare il cambio in euro al giorno di emissione della fattura rilasciato dalla banca e conversione in euro. Il Fondo non calcola l'IVA sull'importo delle fatture o dei preventivi se al netto di essa. Nel caso in cui l'aderente voglia farsi anticipare anche l'IVA, dovrà comunicare attraverso autocertificazione, l'importo pagato/da pagare;
4. **In caso di spese di viaggio e soggiorno** anche relative al familiare che presta assistenza al soggetto per cui si chiede l'anticipazione devono essere allegati i documenti di viaggio e soggiorno in originale e la dichiarazione del sanitario presso cui si è svolto l'intervento o la terapia che l'intestatario dei documenti di soggiorno e/o viaggio ha prestato assistenza al malato;
5. **Copia della carta d'identità e del codice fiscale.**
6. **Autorizzazione al trattamento dei dati personali**

PER RICHIEDERE L'ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE PER IL CONIUGE O I FIGLI

1. **Modulo** di richiesta di anticipazione compilato in tutte le sue parti e firmato;
2. **Certificazione**, a cura della struttura pubblica competente (ASL o medico curante), **del carattere straordinario** della terapia o dell'intervento (Allegato AS2); a nome del figlio;
3. **Copia del preventivo di spesa e fatture o ricevute fiscali** attestanti gli oneri effettivamente sostenuti, nel caso l'importo della fattura sia in valuta estera è necessario presentare il cambio in euro al giorno di emissione della fattura rilasciato dalla banca e conversione in euro. Il Fondo non calcola l'IVA sull'importo delle fatture o dei preventivi se al netto di essa. Nel caso in cui l'aderente voglia farsi anticipare anche l'IVA, dovrà comunicare attraverso autocertificazione, l'importo pagato/da pagare;
4. **In caso di spese di viaggio e soggiorno** anche relative al familiare che presta assistenza al soggetto per cui si chiede l'anticipazione devono essere allegati i documenti di viaggio e soggiorno in originale e la dichiarazione del sanitario presso cui si è svolto l'intervento o la terapia che l'intestatario dei documenti di soggiorno e/o viaggio ha prestato assistenza al malato;
5. **Copia della carta d'identità e del codice fiscale dell'aderente.**
6. **Documentazione idonea a comprovare il legame di parentela** (es: stato di famiglia o estratto dell'atto di nascita dei figli, estratto dell'atto di matrimonio)
7. **Autorizzazione al trattamento dei dati personali** firmato dal coniuge o dal figlio.

ALLEGATO AS2 - DICHIARAZIONE ASL O MEDICO CURANTE
PER RICHIEDERE AL FONDO PENSIONE UNA ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE PER TERAPIE ED INTERVENTI
STRAORDINARI DERIVANTI DA GRAVISSIME SITUAZIONI PER L'ADERENTE, IL CONIUGE E I FIGLI

Al Fondo pensione Cometa.

In relazione alla domanda presentata dal Vostro iscritto:

Nome e Cognome _____

codice fiscale _____

nato/a il ___/___/___ a _____ Prov _____

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

si riconosce che

lo/la stesso/a

il familiare: Nome e Cognome _____

nato/a il ___/___/___ a _____ Prov _____

relazione di parentela: CONIUGE

FIGLIO

ha necessità di sottoporsi ad un intervento per:

e/o dovrà sostenere spese sanitarie per terapie aventi carattere di straordinarietà, che vengono certificate come derivanti da gravissime situazioni.

Data.....

Timbro e Firma.....

il timbro del medico di famiglia deve riportare il codice regionale o ASL

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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 COMETA con sede legale in Via Vittor Pisani, 26, in qualità di "Titolare del trattamento", è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali.

✓ Fonte dei dati personali

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

✓ Finalità del trattamento cui sono destinati i dati e natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti al Fondo Pensione, sono effettuati:

- ✓ per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio nonché delle altre prestazioni disciplinate dal 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, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo Pensione e in conformità alle istruzioni che saranno dallo stesso impartite. Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per l'adempimento delle finalità perseguite dal Fondo Pensione.

✓ Comunicazione dei dati

Il Fondo Pensione 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;
- ✓ compagnie di assicurazione e società finanziarie incaricate della gestione delle risorse del Fondo Pensione;
- ✓ società di servizi amministrativi, contabili ed informatici.

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.

✓ Periodo di conservazione dei dati personali

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

✓ 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.

Il Titolare del trattamento è il Fondo COMETA, con sede legale in Milano, Via Vittor Pisani, 26. Il Titolare ha provveduto a nominare il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) contattabile all'indirizzo e-mail privacy@cometafondo.it

Preso visione e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016

Data _____ Firma dell'Aderente/Familiare o dell'esercente la potestà genitoriale _____

Con riferimento ai dati personali appartenenti a particolari categorie ex art. 9, par. 1, del Regolamento, segnatamente i dati relativi alla salute trattati dal Fondo Pensione in concomitanza delle eventuali richieste di anticipazione per spese sanitarie o di riscatto per invalidità.

do il consenso nego il consenso

Data _____ Firma dell'Aderente/Familiare o dell'esercente la potestà genitoriale _____