



**FONDO PENSIONE PER IL PERSONALE
DELLE AZIENDE DEL GRUPPO UNICREDIT**
Viale Liguria, 26 - 20143 MILANO
Tel. 02.86815861 Fax. 02.49536800
Sito internet www.fpunicredit.eu

Modello 1

**DOMANDA DI ANTICIPAZIONE DELLE PRESTAZIONI
PER SPESE SANITARIE A SEGUITO DI GRAVISSIME SITUAZIONI**

Io sottoscritto/a

Cognome	Nome	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nato a	Prov.	il __/__/____
Residente a	Prov.	Cap
Via	n.	Tel.
Cell.	e-mail	
Codice Fiscale	Matricola	
Dipendente della Società	Dal	
Iscritto/a al Fondo Pensione per il Personale delle Aziende del Gruppo UniCredit	Dal	

CHIEDO

l'erogazione dell'anticipazione del ____% o di €_____ (in ogni caso massimo 75%) delle prestazioni maturate nella propria posizione individuale nell'ambito della gestione a "capitalizzazione individuale" per terapie e interventi sanitari sostenuti da:

- me sottoscritto coniuge figli

DICHIARO

di aver speso €.....

COMUNICO

che l'ammontare di detta anticipazione va accreditato sul seguente c/c bancario:

IBAN _____

Linea sulla quale far valere l'anticipazione¹:

Comparto 3 anni ____% Comparto 10 anni ____% Comparto 15 anni ____%
Comparto Garantito ____% Totale 100%

Dichiaro inoltre:

- di aver preso visione della normativa vigente disponibile anche sul sito Internet www.fpunicredit.eu
- di aver accluso alla presente richiesta la documentazione di cui all'Allegato 1

Data..... **Firma dell'iscritto**

1. In relazione alla gestione "multicomparto" le eventuali somme da anticipare saranno prelevate, in mancanza di esplicita richiesta formulata dall'iscritto, in proporzione al peso di ciascuna linea di investimento prescelta; laddove, invece, l'iscritto volesse evitare la scelta proporzionale deve comunicare al Fondo la linea sulla quale far valere l'anticipazione richiesta fermo restando che in tale ultimo caso scatterebbe inevitabilmente la procedura del "ribilanciamento automatico" previsto dall'art.4 del regolamento sul "multicomparto"



ALLEGATO 1
Modello 1

**ELENCO DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA
DI ANTICIPAZIONE DELLE PRESTAZIONI PER
SPESE SANITARIE A SEGUITO DI GRAVISSIME SITUAZIONI**

Io sottoscritto/a

Cognome:	Nome:
-----------------	--------------

secondo quanto previsto dal Regolamento per la concessione di anticipazioni agli iscritti allego i seguenti documenti:

- autocertificazione** sottoscritta dall'iscritto, che dichiara che sussistono gravissime situazioni attinenti a sé stesso, al coniuge o ai figli;
- attestazione**, da parte della competente struttura pubblica (ASL, medico curante convenzionato, Istituti o Cliniche convenzionate), **della straordinarietà e necessità delle terapie** e degli interventi ai sensi dell'art. 11, comma 7, lettera a) del Decreto Legislativo n. 252/2005 e dell'art. 45, comma 1 lett. a) dello Statuto del Fondo
- fatture o ricevute fiscali**, in originale o copia, attestanti gli oneri effettivamente sostenuti; solo in fattispecie del tutto particolari (es: preventivi di spese sanitarie onerose ed urgenti) sarà possibile deliberare a fronte di presentazione del solo preventivo ed in tal caso l'iscritto dovrà presentare la documentazione definitiva entro 12 mesi dall'erogazione (vedi al riguardo art. 1.7 del presente Regolamento)
- in relazione a spese sanitarie per il coniuge o per un figlio/a deve essere prodotto il **certificato di stato di famiglia** o altro documento attestante il rapporto di parentela con l'iscritto

NB. apporre sull'elenco un segno di spunta sulla documentazione che si allega

Data.....

Firma dell'iscritto



INFORMATIVA AI SENSI DEL D.Lgs 196/2003 (art. 13)

Il Fondo Pensione per il Personale delle Aziende del Gruppo UniCredit informa che la documentazione richiesta per l'ottenimento dell'anticipazione delle prestazioni contiene dati personali, compresi dati idonei a rilevare lo stato di salute (anticipazioni richieste per spese sanitarie), che vengono trattati, sia su supporto cartaceo sia con l'ausilio di strumenti elettronici, ai fini della liquidazione delle quote versate al Fondo dalla Società.

Il conferimento di tali dati è necessario alla liquidazione delle spettanze dovute e, pertanto, il rifiuto a fornire la documentazione di cui sopra ed il mancato consenso alle fasi del trattamento rendono impossibile l'espletamento di tale attività.

I dati personali possono essere comunicati:

* ai soggetti deputati alla gestione dei contributi previdenziali complementari e all'erogazione delle prestazioni pensionistiche complementari quali: lo stesso Fondo, il gestore amministrativo, il gestore finanziario;

* a terzi per la fornitura di servizi informatici e di archiviazione.

Titolare del trattamento dei dati è il FONDO PENSIONE PER IL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL GRUPPO UNICREDIT, con sede legale in Genova, Via Dante n°1 e con Direzione Generale in Milano Viale Liguria n. 26 .

All'interessato competono tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003

Da compilare solo in relazione a spese sanitarie per il coniuge o per un figlio:

Io sottoscritto/a codice fiscale
nato/a (Prov.) il ____ / ____ / e residente
a CAP (Prov.)
Via/V.le/P.zza/C.so n°

coniuge

figlio/a

del Sig/Sig.a codice fiscale iscritto/a al
Fondo Pensione per il Personale delle Aziende del Gruppo UniCredit

DICHIARO

di aver letto l'informativa di cui sopra e di

acconsentire

non acconsentire

al trattamento dei dati

.....li, **firma**

Il richiedente l'anticipazione

..... li, **firma**