



## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

### INDICAZIONI GENERALI

Nella richiesta può essere indicato **alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in percentuale del montante maturato. L'importo indicato si intende al lordo delle imposte. In caso di duplice compilazione sarà liquidato l'importo espresso in percentuale (nel limite della documentazione fiscale presentata).**

Le somme percepite a titolo di anticipazione non possono mai eccedere, complessivamente, il 75% del totale dei versamenti, comprese le quote del TFR, maggiorate delle plusvalenze realizzate, effettuati alle forme pensionistiche complementari a decorrere dal primo momento di iscrizione alle forme stesse.

Si ricorda di **ALLEGARE SEMPRE** la copia di un documento d'identità e del codice fiscale, come riportato nelle istruzioni.

L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione dello stesso comportano l'**IMMEDIATO RIGETTO** della domanda.

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- **Certificazione a cura della struttura pubblica competente (ASL – medico curante)** che attesti, oltre all'esistenza della gravissima situazione, anche il carattere straordinario e necessario della terapia o dell'intervento (Vedi ALLEGATO 2);
- **Documentazione fiscale (es. fatture e/o ricevute fiscali) recente (ultimi 3 mesi conteggiati dalla data di sottoscrizione del modulo)** attestante nel dettaglio gli oneri effettivamente sostenuti e dalla quale risulti l'avvenuto pagamento. L'avvenuto pagamento si evince dalla dicitura «PAGATO» presente nel documento fiscale oppure dalle ricevute dei bonifici bancari con cui sono stati disposti gli eventuali pagamenti effettuati;
- **Informativa e consenso al trattamento dei dati personali** ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (Vedi ALLEGATO 3).
- **Eventuali preventivi di spesa di strutture specializzate** indicanti, oltre all'importo, anche la **data presunta di ultimazione degli interventi** (attenzione: caso particolare. Si veda il documento sulle anticipazioni);
- **In caso di spese (accessorie) di viaggio/soggiorno**, relative al familiare che presta assistenza al soggetto per cui si chiede l'anticipazione, allegare:
  - documenti di viaggio e soggiorno;
  - dichiarazione del sanitario presso cui si è svolto l'intervento o la terapia che l'intestatario dei documenti di soggiorno e/o di viaggio ha prestato assistenza al malato;
- **In caso di richiesta di anticipazione per il coniuge o i figli:**
  - Modulo DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI STATO FAMIGLIA o, in alternativa, certificato di stato di famiglia, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela;

### INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL PUNTO 3 - DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

I dati dell'attività lavorativa vanno **compilati in collaborazione con il datore di lavoro**. In particolare si segnala che:

La **QUOTA ESENTE** su quanto maturato entro il 31/12/2000, da indicare per i soli lavoratori dipendenti, rappresenta l'ammontare totale dei contributi versati al Fondo dal dipendente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. Qualora la quota esente non venga comunicata, il Fondo Pensione considererà esenti tutti i contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000.

L'**ABBATTIMENTO DELLA BASE IMPONIBILE** che il Fondo deve applicare su quanto maturato entro il 31/12/2000, da indicare per i soli lavoratori dipendenti, è determinato nella misura di L.600.000 (€309,87) per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla % di TFR versato al Fondo. L'abbattimento di L.600.000 va riconosciuto all'Aderente, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il Fondo.

### RICHIESTE PRESENTATE SULLA BASE DI PREVENTIVI DI SPESA

Il Documento sulle Anticipazioni disciplina gli impegni del lavoratore nel caso di richiesta basata su preliminare di spesa. In particolare, il lavoratore è tenuto a **fornire la documentazione fiscale** comprovante la spesa effettivamente sostenuta **entro 3 mesi dall'erogazione dell'anticipo o dalla data di ultimazione delle cure indicata nel preventivo**. Tale documentazione dovrà giustificare interamente l'ammontare **lordo** erogato. Nel caso in cui, successivamente all'erogazione dell'anticipo, non dovesse pervenire al Fondo la documentazione fiscale nei termini e nella misura indicate, verrà richiesto al lavoratore di restituire le somme non giustificate, la cui entità sarà comunicata dal Fondo stesso. La restituzione dovrà avvenire entro due mesi dalla comunicazione suddetta.

In caso di mancata restituzione, il Fondo:

- non evaderà nuove richieste di anticipo o liquidazione, anche parziale, della posizione inoltrate dall'aderente.

Inoltre, sempre nel caso di mancata giustificazione degli importi ricevuti e mancata restituzione degli stessi, il Fondo si riserva di:

- segnalare il caso all'Agenzia delle Entrate;
- prelevare dalla posizione individuale del richiedente una somma pari all'10% dell'ammontare totale erogato con un minimo di 300 € a titolo di rimborso spese per la gestione anomala della pratica.

### PRESENZA DI CONTRATTO DI FINANZIAMENTO CON CESSIONE DEL V DELLO STIPENDIO

In caso di presenza di contratti di cessione del "quinto dello stipendio"

- l'iscritto allega la liberatoria emessa dalla società finanziaria o la documentazione che attesti l'estinzione del finanziamento, oppure
- a meno di esplicite clausole vessatorie inserite nel contratto, l'anticipazione per "spese sanitarie" sarà erogata per **4/5 all'iscritto**, come previsto dalla normativa vigente. Il restante 1/5 rimane vincolato alla società finanziaria (fino a capienza del debito dichiarato).

### CODICE C.I.R.

Il codice C.I.R. è il codice identificativo del referente di Solidarietà Veneto con cui è stato compilato il modulo. Nel caso in cui lo stesso sia stato compilato in autonomia da parte dell'aderente, non è necessario indicare nulla.

Per la compilazione si faccia riferimento al **Documento sulle anticipazioni** disponibile nel sito web **www.solidarietaveneto.it** e alle istruzioni riportate in questa pagina.

In caso di necessità e/o per chiarimenti contattate il Fondo ai seguenti recapiti:

**Tel. 041.94.05.61 – UFFICIO LIQUIDAZIONI**  
**e-mail: liquidazioni@solidarietaveneto.it**

# ALLEGATO 1 – SPESE CONTINUATIVE



**Quando va compilato:** nel caso in cui siano stati emesse più fatture a seguito di interventi continuativi  
**Chi lo compila:** il medico o la struttura che ha materialmente eseguito gli interventi

Spett.le **Solidarietà Veneto Fondo Pensione,**

in relazione alla richiesta presentata dal vostro iscritto:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale

al fine di ottenere un'anticipazione della posizione individuale accumulata nel Fondo Pensione, così come previsto dall'Art. 11, c.7, lett. a) del D.Lgs 252/05, per spese sanitarie per gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari,

## SI DICHIARA

che le seguenti fatture, allegate al modulo di richiesta anticipazione, corrispondenti al **totale di spesa** riportato in basso, sono riconducibili ad uno **stesso intervento** (terapia e/o serie di terapie) di carattere straordinario (sotto il profilo medico ed economico) dipendente/i da gravissime situazioni facenti in capo a: \_\_\_\_\_

(riportare il nome del soggetto a cui sono stati effettuati i trattamenti)

Num. Fatt.	Data	Importo	Emessa da:	Intestata a:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>IMPORTO TOTALE</b>		€ <input type="text"/>		

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(Luogo e data di compilazione)

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma)

### Istruzioni per la compilazione:

- La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata dal medico che ha effettuato le prestazioni .
- Per ulteriori informazioni si faccia riferimento al Documento sulle anticipazioni, pag 6 di 10 "Caso particolare – interventi continuativi".
- Con la sottoscrizione del presente modulo, si autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

# ALLEGATO 2 - DICHIARAZIONE MEDICO CURANTE / ASL



**Quando va compilato:** in tutti i casi in cui si voglia richiedere un'anticipazione per "spese mediche"  
**Chi lo compila:** il medico di base oppure l'Ufficio ASL competente

Spett.le **Solidarietà Veneto Fondo Pensione,**

in relazione alla richiesta presentata dal vostro iscritto:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale

al fine di ottenere un'anticipazione della posizione individuale accumulata nel Fondo Pensione, così come previsto dall'Art. 11, c.7, lett. a) del D.Lgs 252/05, per spese sanitarie per gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari,

## SI DICHIARA

che la Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_

(riportare il nome del soggetto a cui sono stati effettuati i trattamenti)

dovrà necessariamente sottoporsi (o si sta sottoponendo, o si è sottoposto) a terapie/interventi di **carattere straordinario** dipendenti da **gravissime situazioni** (sotto il profilo medico ed economico) a fronte delle quali dovrà sostenere (ha sostenuto) le spese per le quali richiede l'anticipazione.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

(Luogo e data di compilazione)

\_\_\_\_\_

(Timbro e firma)

### Istruzioni per la compilazione:

- La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da Istituti o Cliniche convenzionate.
- Con la sottoscrizione del presente modulo, si autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione.

Si informa, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

# ALLEGATO 3 - INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016



**Quando va compilato:** in tutti i casi in cui si voglia richiedere un'anticipazione per "spese mediche"

**Chi lo compila:** l'iscritto e/o, nel caso di richiesta per coniuge o figli, anche il soggetto per cui si chiede l'anticipazione

## DATI DELL'ISCRITTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale

## INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL 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), Solidarietà Veneto Fondo Pensione, con sede legale in Venezia (VE), via Fratelli Bandiera 54-58, - Tel 041940561 – Fax 041976268 – PEC gestione@pec.solidarietaveneto.it (di seguito «Fondo Pensione»), in qualità di **Titolare del trattamento**, è tenuta a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali.

### 1. 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.

### 2. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

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 disciplinati 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.

### 3. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Fondo Pensione potrà comunicare i dati acquisiti a soggetti a società esterne che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività. Tali soggetti potranno essere costituiti da:

- a) soggetti deputati alla gestione dei contributi di previdenza complementare quali Compagnie assicurative, SIM, Banche, società finanziarie;
- b) soggetti deputati all'erogazione delle prestazioni pensionistiche complementari quali Compagnie assicurative;
- c) organismi associativi propri della previdenza complementare, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione;
- d) società di servizi amministrativi, contabili ed informatici.

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.

### 4. 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.

### 5. DIRITTO DI ACCESSO AI DATI PERSONALI

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 o via PEC - alla sede di Solidarietà Veneto Fondo Pensione, Via Fratelli Bandiera 54-58 – 30175 – Venezia.

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

Do il consenso

Nego il consenso

**al trattamento dei dati personali** appartenenti a particolari categorie, ex art. 9, par. 1, del Regolamento UE 679/2016, segnatamente per quanto riguarda i dati **relativi alla salute oggetto della presente richiesta di anticipazione.**

\_\_\_\_\_  
(Nominativo in stampatello dell'interessato 1)

\_\_\_\_\_  
(Firma del soggetto interessato 1)

\_\_\_\_\_  
(Nominativo in stampatello dell'interessato 2)

\_\_\_\_\_  
(Firma del soggetto interessato 2)

# DELEGA - VERSAMENTO



**Quando va compilato:** nel caso in cui si richieda il pagamento su un conto corrente non direttamente intestato all'iscritto.  
**Chi lo compila:** l'iscritto a Solidarietà Veneto.

## AUTORIZZAZIONE

Io sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale

**AUTORIZZO** il citato Fondo Pensione ad effettuare il pagamento relativo all'anticipazione da me richiesta, al netto delle ritenute fiscali, sul seguente conto corrente:

IBAN

Banca \_\_\_\_\_ Filiale \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_ Codice fiscale

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

Preghiamo di inviare unitamente al presente allegato copia del **DOCUMENTO D'IDENTITÀ** e **CODICE FISCALE DELL'INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE BANCARIO**. In assenza di tale documentazione, non sarà possibile procedere alla richiesta.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(Luogo e data di compilazione)

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'iscritto a Solidarietà Veneto)

\_\_\_\_\_  
(Firma del titolare del conto corrente)

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI STATO FAMIGLIA



**Quando va compilato:** nel caso in cui si richieda l'anticipazione per coniuge o per i figli  
**Chi lo compila:** l'iscritto a Solidarietà Veneto che inoltra la richiesta di anticipazione.

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (art. 46 d.p.r. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale

in qualità di aderente a Solidarietà Veneto - Fondo Pensione,

**CONSAPEVOLE** della responsabilità e della sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;

**INFORMATO** ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personale raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

e sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

(Compilare **ESCLUSIVAMENTE** il punto riferibile alla tipologia di dichiarazione che si vuole effettuare)

che la propria **FAMIGLIA ANAGRAFICA** si compone delle seguenti persone:

	COGNOME e NOME	CODICE FISCALE	DATA E LUOGO DI NASCITA	RAPPORTO CON DICHIARANTE
1				
2				
3				
4				
5				
6				

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(Luogo e data di compilazione)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.