Prot. CONCRETO n. _____

CONCRETO
FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE NAZIONALE

Modulo di richiesta Anticipazione per Spese Sanitarie

CONCRETO - *Fondo Pensione Complementare Nazionale a Capitalizzazione per i lavoratori della industria del cemento, della calce e suoi derivati, del gesso e relativi manufatti, delle malte e dei materiali di base per le costruzioni.* Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 122

AVVERTENZE: Al presente modulo dovrà essere allegata copia del documento di riconoscimento. *Copia del presente modulo dovrà essere mantenuta dall'iscritto e l'originale dovrà essere inviata al fondo per posta ordinaria, per mail o PEC[1]. Prima della compilazione del presente modulo si invita l'aderente a consultare l'apposito **"Documento sulle anticipazioni"** presente nella sezione modulistica del sito di CONCRETO (www.fondoconcreto.it)*

PARTE RISERVATA ALL'ADERENTE

Cognome e Nome:	C.F.
Data di Nascita:	Luogo di nascita:
Residenza (Via, Cap, Città, Provincia):	
Domicilio (Via, Cap, Città, Provincia – se diverso dalla residenza)	
Tel.:	Cell.:
E-mail:	

Chiede di conseguire un'anticipazione **Spese sanitarie a seguito di gravissime o urgenti situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli** per terapie ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche, sul valore della propria posizione maturata, ai sensi del Dlgs. 252/2005 Art.11 (prestazioni) e dell'art.13 dello statuto di CONCRETO (parte III – Contribuzione e prestazioni), per un importo pari a:

☐ Importo **netto**[2] pari ad €_____(non superiore al 75% della posizione maturata)

☐ _____% (non superiore al 75% della posizione maturata)

ALLEGO ALLA PRESENTE I SEGUENTI DOCUMENTI:

1. certificazione rilasciata dalla struttura pubblica competente (ASL o dal medico curante convenzionato)[3] che attesti la natura straordinaria dell'intervento e la circostanza per cui l'intervento medesimo o la terapia conseguono a situazioni gravissime attinenti all'aderente, al coniuge o ai figli;
2. Autocertificazione come da *allegato B*;
3. fatture o ricevute fiscali attestanti gli oneri effettivamente sostenuti;
4. copia di un valido documento di identità e del codice fiscale dell'aderente;
5. in caso di anticipazione richiesta per figli\coniuge, dovrà essere allegato, inoltre, copia di:
   - certificato di stato di famiglia, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela.
   - documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del figli\coniuge.
6. nel caso in cui l'associato abbia in atto contratti di "finanziamento contro cessione di quote dello stipendio" o deleghe di pagamento notificati a Concreto, la richiesta di anticipazione dovrà essere corredata dall'attestazione di estinzione del debito rilasciata dalla società finanziaria ovvero dall'autorizzazione all'anticipazione. La pratica si intenderà completa solo dopo la ricezione di detta autorizzazione.

---

[1] *In caso di invio per mail (trasmissionemodulistica@fondoconcreto.it) o PEC (fondoconcreto@legalmail.it) **l'aderente conserva l'originale e si impegnano a metterlo prontamente a disposizione del Fondo su sua richiesta.***

[2] *Inserire l'importo netto di cui si necessita*

[3] *Vedi allegato A*

AVVERTENZE:

- L'anticipazione, qualora si basi direttamente su fatture o ricevute fiscali, può essere chiesta entro 18 mesi dall'effettuazione della spesa.
- Sono accolte le domande di anticipazione aventi i requisiti di legge e **corredate da preventivo** di spesa recante timbro e firma del professionista o altra struttura sanitaria, fermo restando che il perfezionamento dell'operazione è comunque sempre legato alla produzione della documentazione definitiva costituita dalla fattura/ricevuta fiscale. L'aderente deve impegnarsi a presentare le fatture o ricevute fiscali entro 18 mesi dall'erogazione dell'anticipazione salvo interventi sanitari pluriennali in cui il termine per la presentazione è di 90 giorni dall'emissione della singola fattura.
- Nel caso in cui il richiedente non abbia provveduto ad inviare la documentazione comprovante la spesa effettivamente sostenuta, eventuali successive richieste di anticipazione non potranno essere accolte.

DATI PER IL PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE[4] (IBAN):

Denominazione istituto bancario[5]:																										
c\c intestato a:																										
paese		check digit		cin	abi (5 cifre)					cab (5 cifre)					numero di conto corrente (12 cifre\caratteri)											
Luogo e Data										**Firma Aderente**																

[4] *L'accredito avverrà esclusivamente tramite bonifico bancario su c\c bancario\postale*

[5] *Trascrivere anche la filiale di riferimento*

INFORMATIVA EX ARTT. 13-14, GDPR UE/2016/679

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 CONCRETO – Fondo Pensione con sede legale in Via Giovanni Amendola, 46 – Tel. 06.5911727 – Fax 06.54222299 – PEC: fondoconcreto@legalmail.it (di seguito "il Fondo Pensione"), 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 Pensione 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 dell'attività di custodia e gestione del patrimonio;
- 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.

L'Interessato potrà esercitare i diritti di cui al Regolamento mediante trasmissione di una comunicazione scritta - a mezzo lettera raccomandata o via PEC (fondoconcreto@legalmail.it) - alla sede di Roma situata in Via Giovanni Amendola, 46.

Presa visione e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016	
LUOGO E DATA	FIRMA ADERENTE
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.	
☐ Do il CONSENSO	☐ Nego il CONSENSO
LUOGO E DATA	FIRMA ADERENTE

ALLEGATO A

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO PER LA RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE

DICHIARAZIONE per richiedere la Fondo Pensione una anticipazione per spese sanitarie a seguito di gravissime o urgenti situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari riconosciuti delle competenti strutture pubbliche (ASL) o dal medico curante convenzionato.

Al Fondo Pensione CONCRETO
Via Giovanni Amendola, 46
00185 – ROMA – RM

In relazione alla domanda presentata dal Vs aderente:

Cognome e nome:	C.F.
Nato il:	a:

Residente in *(Via, Cap, Città, Provincia):*

Al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel fondo pensione, come previsto dall'articolo 11, comma 7, del Dlgs n.252 del 05/12/2005, **SI DICHIARA** che il sig./sig.ra _____ (inserire il nome dell'aderente al Fondo Pensione Concreto o del familiare dell'aderente: coniuge o figli specificando il grado di parentela) **DEVE SOSTENERE** terapie/interventi legati a gravissime situazioni ed aventi carattere di straordinarietà sotto il profilo medico.

Luogo e data	Timbro e Firma del Medico

ALLEGATO A.1

AUTOCERTIFICAZIONE PER ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE
(SOTTOSCRIVERE E FIRMARE)

Il Sottoscritto\a:	C.F.
Nato il:	A *(comune, provincia e stato)*:
Residente in *(Via, Cap, Città, Provincia)*:	

CONSAPEVOLE:

delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA:

1. Di richiedere l'anticipazione per **Spese sanitarie a seguito di gravissime o urgenti situazioni relative a sè, al coniuge e ai figli** per terapie ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche;
2. l'autenticità della documentazione allegata;
3. di fornire, ogni qualvolta disponibili, i giustificativi attestanti l'effettivo esborso di quanto percepito al fine di aggiornare contabilmente la relativa pratica.

Luogo e Data	Firma Aderente