

**MODULO PER LA RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE  
E INTERVENTI STRAORDINARI DERIVANTI DA GRAVISSIME SITUAZIONI  
RELATIVE AL RICHIEDENTE, AL CONIUGE ED AI FIGLI**



**ATTENZIONE:** il presente modulo deve essere inviato in originale tramite posta al seguente indirizzo: Fondo Pegaso Via Savoia 82 00198 Roma  
E' possibile inoltre anticipare la documentazione tramite fax al numero 06/85302540 o email all'indirizzo info@fondopegaso.it, ferma restando l'obbligatorietà dell'invio tramite posta.

<u>IL SOTTOSCRITTO</u>		<u>CODICE FISCALE</u>	
<u>NATO/A A</u>	<u>PROVINCIA</u>	<u>IL (GG/MM/AAAA)</u>	
<u>RESIDENTE A</u>	<u>PROVINCIA</u>	<u>C.A.P.</u>	<u>VIA</u> <u>N°</u>
<u>TELEFONO</u>	<u>CELLULARE</u>	<u>E-MAIL</u>	

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 13 dello Statuto di conseguire un'anticipazione delle prestazioni a valere sulla mia posizione individuale per un importo netto pari ad € \_\_\_\_\_, ovvero al \_\_\_\_\_% del valore di detta posizione (se viene indicato l'importo può essere omessa la percentuale) per

- Il sottoscritto  
 Il coniuge non legalmente separato o divorziato (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_  
 Il/la figlio/a

**N.B. allegare tutta la documentazione richiesta.**

Si prega di allegare una copia di un documento di identità dell'associato.

In caso di accoglimento della richiesta viene applicato un costo di gestione della pratica pari a € 20.

In caso di presenza di un contratto di finanziamento rientrante nell'operatività delle Linee Guida si provvederà comunque all'erogazione dell'anticipazione nei limiti del 60% di quanto accantonato; per i contratti non rientranti nelle Linee Guida si provvederà all'erogazione dei 4/5 dell'importo richiesto e per la parte eccedente sarà necessaria la liberatoria.

La documentazione completa deve essere inviata a mezzo posta a : PEGASO, Via Savoia 82, 00198 Roma

**N.b.** Al capitale maturato dall'1/01/2007 è applicata una ritenuta a titolo d'imposta con l'aliquota del 15 per cento ridotta di una quota pari a 0,30 punti percentuali per ogni anno eccedente il quindicesimo anno di partecipazione a forme pensionistiche complementari con un limite massimo di riduzione di 6 punti percentuali. Tale aliquota si applica all'ammontare dell'anticipazione al netto della parte corrispondente ai redditi già assoggettati ad imposta. Sulla parte di capitale accumulata prima dell'1/01/2007 viene applicata la normativa precedente. Si rinvia al "Documento sul regime fiscale" per ulteriori informazioni.

**N.b.** Qualora non fosse stata presentata documentazione definitiva a giustificazione di una precedente anticipazione per spese sanitarie, acquisto o ristrutturazione della prima casa, o la somma già anticipata fosse soltanto parzialmente giustificata, l'importo ottenuto e non giustificato verrà decurtato dalla presente richiesta di anticipazione. Qualora l'importo non giustificato fosse superiore a quanto potrebbe essere anticipato con la nuova richiesta la domanda di anticipazione verrà rifiutata.

LUOGO DATA FIRMA

**DESIDERO RICEVERE LA CORRISPONDENZA**  
(ivi compresa la Comunicazione Periodica)

In formato elettronico via e-mail

In formato cartaceo all'indirizzo di residenza  
(o di domicilio se compilato)

E-MAIL TELEFONO

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

**IL SOTTOSCRITTO**

chiede di ricevere l'accredito

**MEDIANTE ACCREDITO SUL CONTO CORRENTE BANCARIO (O POSTALE) DI SEGUITO INDICATO (COMPLETO DI 27 CARATTERI ALFANUMERICI)**

I	T																																		
CODICE PAESE		CIN	ABI (5 CIFRE)					CAB (5 CIFRE)					NUMERO CONTO CORRENTE (12 CIFRE)																						

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 PEGASO, qualora la somma venisse accreditata sul conto corrente di un soggetto diverso dall'effettivo beneficiario.  
**N.B:** si prega di allegare una copia di un documento di identità dell'associato.

**LUOGO** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

NEL CASO DI CONTO CORRENTE INTESTATO A PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE, COMPILARE LA DICHIARAZIONE DI SEGUITO.

**DICHIARAZIONE VERSAMENTO SU ALTRO CONTO**

**IL SOTTOSCRITTO**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

in qualità di iscritto a Fondo Pegaso

**AUTORIZZO**

il citato Fondo Pensione a effettuare il pagamento della liquidazione da me richiesta sul seguente conto corrente:

I	T																																	
CODICE PAESE		CIN	ABI (5 CIFRE)					CAB (5 CIFRE)					NUMERO CONTO CORRENTE (12 CIFRE)																					

**INTESTATO A**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

**LUOGO** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA ISCRITTO** \_\_\_\_\_

**FIRMA INTESTATARIO DEL CONTO** \_\_\_\_\_

## AVVERTENZE: CONDIZIONI E MODALITÀ PER LA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE

L'anticipazione è concessa per spese sanitarie conseguenti a situazioni gravissime attinenti all'aderente, al coniuge (purché non legalmente separato o divorziato) o ai figli (anche se adottati o affiliati), per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche.

La richiesta di anticipazione deve essere inoltrata dal lavoratore entro sei mesi dall'effettuazione della spesa. L'anticipazione è concessa previa attestazione, da parte della competente struttura pubblica, della straordinarietà delle terapie e degli interventi legate a gravi situazioni relative a sé, al coniuge ed ai figli, ai sensi dell'art. 11, comma 7, del Decreto Legislativo n. 252/2005. Tale attestazione riveste mero valore certificativo della necessità della terapia e dell'intervento, restando l'associato libero di scegliere la struttura sanitaria, pubblica o privata, italiana od estera, alla quale richiedere le prestazioni.

L'anticipazione è concessa anche per la copertura delle spese accessorie, strettamente connesse alla terapia e/o all'intervento, debitamente giustificate (viaggi, permanenza dell'eventuale accompagnatore, ecc.).

L'importo massimo concedibile non può essere superiore al 75% dell'intera posizione ed in ogni caso non può superare gli oneri complessivi effettivamente sostenuti e documentati.

La richiesta di anticipazione deve essere corredata dalla seguente documentazione:

- a) certificazione da parte della competente struttura pubblica (ASL o altra struttura sanitaria individuata dalle singole regioni), del carattere straordinario della terapia o dell'intervento o delle gravissime condizioni di salute ai sensi dell'art. 11 comma 7 lettera a) del Decreto Legislativo 5 dicembre 2005 n.252;
- b) fatture o ricevute fiscali attestanti gli oneri effettivamente sostenuti (sono accolte le domande corredate da preliminari di spesa, fermo restando che il perfezionamento dell'operazione è comunque sempre legato alla produzione della documentazione definitiva costituita dalla fattura/ricevuta fiscale);
- c) modulo di autocertificazione per spese sanitarie dal quale risulti la dichiarazione di impegno alla restituzione della differenza nel caso in cui le fatture risultino inferiori al preventivo;
- d) documentazione comprovante il rapporto di parentela (stato di famiglia, estratto dell'atto di nascita, documento comprovante l'adozione/ riconoscimento etc. )
- e) informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016 (Modulo 4b) nel caso di richiesta per il figlio;
- f) fotocopia del documento di identità per tutti i firmatari dell'informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016;
- g) eventuale liberatoria o attestazione di estinzione del debito della società Finanziaria in caso di contratto di finanziamento con cessione del quinto (in caso di presenza di un contratto di finanziamento rientrante nell'operatività delle Linee Guida si provvederà comunque all'erogazione dell'anticipazione nei limiti del 60% di quanto accantonato; per i contratti non rientranti nelle Linee Guida si provvederà all'erogazione dei 4/5 dell'importo richiesto e per la parte eccedente sarà necessaria la liberatoria).
- h) In caso di richiesta di anticipazione da parte di un soggetto fiscalmente a carico minore di età deve essere acquisita l'autorizzazione del giudice tutelare ex art. 320 del Codice Civile.
- i) eventuale traduzione della documentazione in lingua straniera;
- j) in caso di fatture in valuta non euro, indicazione della data di pagamento al fine dell'individuazione del rapporto di cambio.

All'importo erogato, corrispondente alla posizione maturata dopo il 01/01/2007, al netto dei redditi già assoggettati ad imposta, è applicata una ritenuta a titolo d'imposta con l'aliquota del 15 per cento ridotta di una quota pari a 0,30 punti percentuali per ogni anno eccedente il quindicesimo anno di partecipazione a forme pensionistiche complementari con un limite massimo di riduzione di 6 punti percentuali.

## Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

### DA INVIARE NEL CASO IN CUI L'ANTICIPAZIONE SIA RICHIESTA A FAVORE DELL'INTERESSATO

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento EU 2016/679, Fondo PEGASO, con sede in Via Savoia, 82 - 00198 Roma, ad integrazione dell'informativa già conferita, La informa che il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per la gestione della sua richiesta di anticipazione per spese sanitarie e interventi straordinari derivanti da gravissime situazioni; il conferimento dei dati è necessario per perseguire le finalità menzionate. Il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali. Inoltre, nel caso in cui la richiesta di anticipazione sia effettuata a favore dei propri familiari, il Fondo, potrà venire a conoscenza anche di alcuni dati degli stessi; tali dati saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle finalità su menzionate. I dati trattati dal Fondo per la gestione della richiesta, sono dati anagrafici, di recapito e Iban per accredito sul c/c bancario o postale, dell'iscritto e/ del familiare nel caso in cui l'anticipazione sia richiesta da quest'ultimo, dati relativi allo stato di salute dell'iscritto o del familiare (dati particolari ai sensi dell'art. 9 del Regolamento). Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza. La base giuridica del trattamento è il riscontro ad una richiesta dell'interessato, l'adesione dell'iscritto al Fondo Pensione e la conseguente determinazione del rapporto associativo, nonché gli obblighi di legge e il consenso dell'interessato. I dati personali acquisiti per le finalità su menzionate saranno trattati per la durata del rapporto associativo e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa contabile e fiscale; tali dati saranno inoltre conservati, al termine del rapporto associativo, per garantire l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto instaurato con il fondo. I dati personali dell'iscritto o del familiare per il quale è presentata la domanda di anticipazione, non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ai soggetti deputati alla gestione dei contributi previdenziali complementari e all'erogazione delle prestazioni pensionistiche complementari, alla Banca Depositaria, a terzi per la fornitura di servizi informatici e di archiviazione e a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria. Il fondo potrebbe avvalersi di fornitori o sub fornitori che non risiedono nell'Unione Europea, a tal proposito si garantisce che il trasferimento potrà avvenire solo verso soggetti che garantiscano un adeguato livello di protezione del trattamento dei dati e/o verso paesi per i quali le competenti Autorità hanno emesso una decisione di adeguatezza nonché verso soggetti che hanno fornito idonee garanzie al trattamento dei dati attraverso adeguati strumenti normativi/contrattuali quali ad esempio la sottoscrizione di clausole contrattuali standard. Per ottenere informazioni a tal riguardo, potrà inviare una e-mail all'indirizzo [fondopegaso@protectiontrade.it](mailto:fondopegaso@protectiontrade.it). Il Fondo ha nominato un Responsabile della protezione dei dati che può essere contattato al seguente indirizzo mail [dpo\\_fondopegaso@protectiontrade.it](mailto:dpo_fondopegaso@protectiontrade.it). L'interessato potrà esercitare i diritti previsti agli artt. 15 e ss. del Regolamento EU 2016/679, scrivendo una mail a [fondopegaso@protectiontrade.it](mailto:fondopegaso@protectiontrade.it). L'informativa completa sul trattamento dei dati personali potrà essere visionata nella sezione privacy del sito web <http://www.fondopegaso.it/>

### Formula acquisizione consenso al trattamento dei dati personali

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento EU 2016/679 conferisco il consenso al trattamento dei dati personali particolari per la gestione della mia richiesta di anticipazione per spese sanitarie e interventi straordinari derivanti da gravissime situazioni.

<b>LUOGO</b>	<b>DATA</b>	<b>FIRMA DEL RICHIEDENTE O DEL FAMILIARE</b>	<b>1</b>
--------------	-------------	--	----------

**N.B. La mancata apposizione della firma non darà corso alla prestazione richiesta.**

<sup>1</sup> La firma dovrà essere dell'iscritto se la richiesta di anticipazione per le spese sanitarie è effettuata per se stesso o per un familiare minorenni; se la richiesta è effettuata a favore di un familiare maggiorenne la firma dovrà essere apposta dal familiare dell'iscritto.

## AUTOCERTIFICAZIONE PER SPESE SANITARIE

(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

IL SOTTOSCRITTO

---

CODICE FISCALE

---

### DICHIARA

Di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. È consapevole altresì delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e si impegna:

- Ad inviare tempestivamente la/e fattura/e comprovante/i lo svolgimento delle cure;
- A reintegrare l'intera somma erogata da Pegaso nel caso non fossero state effettuate le cure indicate nel preventivo;
- A restituire la differenza nel caso in cui la fattura sia inferiore al preventivo.

Alla presente allega fotocopia di documento d'identità in corso di validità.

Che provvederò ad inviare la/e fattura/e comprovante/i lo svolgimento delle cure entro i 12 mesi successivi alla liquidazione della richiesta.

LUOGO

DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

---