

Fondo Pensione dei Lavoratori Unipol Banca

Modulo da compilare per la richiesta di
ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE A SEGUITO DI GRAVISSIME SITUAZIONI
relative a sé, coniuge e figli per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche
Pagina 1 di 4

Spett.le
FONDO PENSIONE DEI LAVORATORI UNIPOL BANCA
Piazza della Costituzione, 2 – 40128 Bologna
Iscritto all'Albo dei Fondi Pensione al nr. 1251

Io sottoscritto/a _____,
Cognome e nome in stampatello

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a ail

residente apr.....cap.....

in via

in qualità di iscritto al Fondo Pensione dei Lavoratori Unipol Banca (di seguito Fondo Pensione) con la presente

CHIEDO

un'anticipazione della posizione individuale maturata a mio nome presso codesto Fondo Pensione ai sensi dell'Articolo 26 dello Statuto e dell'Articolo 8 del Regolamento, che dichiaro di aver letto e approvare unitamente a quanto specificato in calce alla presente nel paragrafo Requisiti e Note Esplicative, per il sostenimento di (*barrare la casella corrispondente*):

- spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative a me medesimo;
- spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative al mio coniuge (*indicare cognome e nome*):

di cui allego alla presente copia di un documento d'identità in corso di validità;

- spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative a mio/a figlio/a (*indicare cognome e nome*):

di cui allego alla presente copia di un documento d'identità in corso di validità;

per l'importo specificato nell'allegato preventivo (o eventualmente per il minor importo massimo erogabile).

A tal fine ALLEGO alla presente la seguente documentazione:

- certificazione medica attestante la gravissima situazione a seguito della quale viene richiesta l'anticipazione;
- preventivo di spesa relativo alle terapie o all'intervento necessari a seguito della suddetta gravissima situazione;
- certificazione della struttura sanitaria pubblica (ASL) attestante la necessità e la straordinarietà delle terapie o dell'intervento relativamente al suddetto preventivo di spesa.

Io sottoscritto/a **DICHIARO**

che per la suddetta spesa sanitaria (*barrare la casella corrispondente*):

- ho richiesto/richiederò a Unipol Banca anche l'anticipazione del trattamento di fine rapporto per il seguente importo al netto delle ritenute fiscali Euro _____ , _____
- non ho chiesto e non richiederò a Unipol Banca l'anticipazione del trattamento di fine rapporto;

da inoltrare debitamente compilato e sottoscritto al seguente indirizzo:
Fondo Pensione dei Lavoratori Unipol Banca, Piazza della Costituzione 2 – 40128 Bologna

Fondo Pensione dei Lavoratori Unipol Banca
Modulo da compilare per la richiesta di
ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE A SEGUITO DI GRAVISSIME SITUAZIONI
relative a sé, coniuge e figli per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche
Pagina 2 di 4

DICHIARO INOLTRE

che per la suddetta spesa sanitaria (*barrare la casella corrispondente*):

- di non aver ottenuto anticipazioni nel corso del periodo di iscrizione al Fondo Pensione;
 di aver già ottenuto anticipazioni nel corso del periodo di iscrizione al Fondo Pensione;

Io sottoscritto/a **CHIEDO** che l'importo dell'anticipazione, al netto delle relative ritenute fiscali, venga accreditato sul seguente conto corrente bancario:

numero

a me intestato presso la Filiale di Unipol Banca di

con le seguenti coordinate bancarie IBAN

Io sottoscritto/a, consapevole che la mia domanda di anticipazione verrà evasa sulla base del preventivo di spesa e pertanto prima dell'effettivo sostenimento della spesa, **MI IMPEGNO A PRESENTARE**, non appena ne sarò in possesso e comunque entro e non oltre **SEI** mesi dall'erogazione, copia della fattura o della ricevuta fiscale attestante la spesa sostenuta.

Conseguentemente **MI IMPEGNO** a restituire al Fondo Pensione dei Lavoratori Unipol Banca l'intero importo dell'anticipazione percepita, al lordo delle ritenute fiscali, nel caso che la spesa non venga sostenuta ovvero quanto eventualmente dovesse risultare percepito in eccedenza rispetto alla spesa documentata autorizzando fin da ora – con la presente – l'eventuale addebito sul conto corrente sopra indicato.

Io sottoscritto/a **AUTORIZZO** infine il trattamento dei dati personali ai sensi delle vigenti norme di legge per lo svolgimento delle attività connesse all'esecuzione di quanto sopra.

In fede.

.....li,

(firma leggibile)

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili (da sottoscrivere da parte del coniuge o del figlio in caso di anticipazione richiesta per spese sanitarie riferite ai medesimi)

(firma leggibile)

Fondo Pensione dei Lavoratori Unipol Banca

Modulo da compilare per la richiesta di
ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE A SEGUITO DI GRAVISSIME SITUAZIONI
relative a sé, coniuge e figli per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche
Pagina 3 di 4

REQUISITI E NOTE ESPLICATIVE

- L'anticipazione per spese sanitarie può essere richiesta in qualsiasi momento (a differenza delle altre tipologie di anticipazione non è necessario il requisito degli 8 anni di iscrizione al Fondo Pensione) e – fermo restando che l'importo massimo netto erogabile sarà pari alla spesa sanitaria effettivamente sostenuta e documentata - fino al 75% della posizione individuale maturata.
- La richiesta di anticipazione va presentata inoltrando il presente modulo debitamente compilato e sottoscritto alla funzione Amministrazione del Personale di Unipol Banca prima del sostenimento della spesa (data della fattura o ricevuta fiscale) pena la non accettazione della stessa e completato dalla seguente documentazione:
 - certificazione medica attestante la gravissima situazione a seguito della quale viene richiesta l'anticipazione;
 - preventivo di spesa relativo alle terapie o all'intervento necessari a seguito della suddetta gravissima situazione;
 - certificazione della struttura sanitaria pubblica (ASL) attestante la necessità e la straordinarietà delle terapie o dell'intervento relativamente al suddetto preventivo di spesa;
 - eventuale copia di un documento d'identità in corso di validità del coniuge o del figlio/a.
- Per quanto ovvio, le richieste di anticipazione sprovviste della suddetta documentazione non verranno prese in considerazione.
- Le anticipazioni ottenute potranno essere reintegrate in qualsiasi momento dall'iscritto.
- Le somme percepite a titolo di anticipazione non potranno mai eccedere il 75% della posizione individuale maturata, incrementata di tutte le anticipazioni percepite e non reintegrate.
- L'iscritto è tenuto a documentare in via consuntiva la spesa sostenuta presentando entro e non oltre 6 mesi dalla data di erogazione dell'anticipazione copia della fattura o della ricevuta fiscale comprovante la spesa sostenuta; qualora non sia comprovabile che la spesa è stata in concreto effettuata, ovvero la si documenti solo parzialmente, l'iscritto dovrà restituire al Fondo Pensione l'intero importo dell'anticipazione, al lordo delle ritenute fiscali, ovvero quanto eventualmente percepito in eccedenza rispetto alla spesa documentata.
- Nel caso in cui l'iscritto al Fondo Pensione per la medesima spesa chieda anche l'anticipazione del Trattamento di Fine Rapporto in qualità di dipendente di Unipol Banca l'importo risultante dalle due erogazioni in suo favore non dovrà essere superiore alla spesa effettivamente sostenuta e documentata attraverso fattura o ricevuta fiscale.

Spettabile UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Spettabile Fondo Pensioni dei Lavoratori Unipol Banca

Oggetto: Liquidazione posizione Previdenziale per i **VECCHI ISCRITTI**

Al fine di consentire al Fondo Pensione dei Lavoratori Unipol Banca di procedere all'operazione di pagamento in un'unica soluzione della prestazione previdenziale maturata,
il sottoscritto/a _____
nato/a a _____, il _____
codice fiscale _____
residente in _____, via _____

in qualità di beneficiario/a, dichiaro che soggetto autorizzato in mio nome e per mio conto a ricevere il pagamento a me dovuto da UnipolSai Assicurazioni S.p.A. è il suddetto Fondo Pensione.

Conseguentemente autorizzo UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ad accreditare la parte di prestazione previdenziale maturata a tutto il 31/12/2000 a me spettante sul conto corrente del suddetto Fondo Pensione, IBAN: IT05 C031 2702 4030 0000 0004 199

Data.....

In fede.....