

FONDO PENSIONI CARIPLO  
Via Brera 10  
20121 MILANO

## RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE ART. 36 DELLO STATUTO

### Spese Sanitarie

Il sottoscritto:

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

SOCIETA' \_\_\_\_\_ MATRICOLA CR \_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

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

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA E NUMERO \_\_\_\_\_

TELEFONO CASA \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

con riferimento alla normativa di legge e statutaria in vigore, chiede che gli/le venga accordata un'anticipazione sulla posizione previdenziale individuale maturata nella misura:

- del 75% di detta posizione
- di € ..... al netto delle ritenute fiscali (in quanto compatibili con il 75% della posizione individuale lorda e **comunque non inferiori a € 3.000,00**)

allo scopo di far fronte alle necessità derivanti da:

- Spese sanitarie per terapie ed interventi straordinari derivanti da gravissime situazioni riconosciute dalle competenti strutture pubbliche<sup>1</sup>**
- per sé
- per il coniuge
- per i figli

A tal fine allega (i documenti sottolineati al momento della richiesta, quelli non sottolineati anche successivamente all'erogazione (max 1 anno) pena la restituzione del lordo erogato):

- attestazione della struttura pubblica competente relativa alla straordinarietà della terapia e dell'intervento
- preventivo di spesa redatto dal presidio sanitario prescelto
- documentazione delle spese sostenute



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL REG. UE 679/2016 (GDPR)****Cognome e nome Iscritto e/o familiare** \_\_\_\_\_**Matricola CR** \_\_\_\_\_**Codice fiscale** \_\_\_\_\_

Io sottoscritto, tenuto conto dell'informativa resami dal Titolare del Trattamento Fondo Pensioni per il personale Cariplo, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute) ai soggetti individuati nell'informativa stessa per le finalità di cui alla l. a) dell'informativa, consapevole che in mancanza di tale consenso risulta oggettivamente impossibile per il Fondo Pensioni per il personale Cariplo dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni.

 Presto il consenso Nego il consenso

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Nota Bene:**

il Presente consenso deve essere prestato dall'Interessato, se maggiorenne, cui si riferiscono le categorie di particolari di dati per ciascun Interessato e per ciascuna richiesta di prestazione. Per i minori di anni 18 è necessario il consenso di chi esercita la potestà.