

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: _____ Sesso: M F Data di nascita: _____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Tel. _____
Indirizzo di residenza _____ CAP _____ E e-mail: _____
Comune di residenza _____ Prov. _____

2. RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE

Il sottoscritto **CHIEDE** di conseguire una ANTICIPAZIONE della prestazione pari a *(completare una sola opzione)*

_____ *(indicare l'importo richiesto, che non potrà comunque superare il limite max consentito)*
 _____ % *(indicare la percentuale richiesta sul montante maturato, che non potrà comunque superare il limite max consentito)*
Per il seguente motivo *(barrare una sola opzione)*

- A) **SPESE SANITARIE:** a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari. Può essere richiesta in qualsiasi momento per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata.
- B) **ACQUISTO PRIMA CASA** di abitazione per sé o per i figli. Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata.
- C) **RISTRUTTURAZIONE** manutenzione, restauro e risanamento sulla 1^a casa di abitazione propria o dei propri figli. Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 75% della posizione individuale maturata.
- D) **ULTERIORI ESIGENZE:** dell'aderente. Può essere richiesta decorsi 8 anni di iscrizione per un importo non superiore al 30% della posizione individuale maturata.

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

Data 1^a iscrizione a forme pensionistiche complementari: _____ / _____ / _____
Quota esente fino al 31/12/2000: _____ Euro Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000: _____ Euro

4. COORDINATE BANCARIE IBAN

PAESE: IT CIN – EU: _____ CIN – IT: _____ ABI: _____ CAB: _____
N.RO C/C: _____ Banca e Filiale: _____
Intestato a: _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

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 %. Si ricorda che ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria (8 anni) sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione alle forme pensionistiche complementari maturati dall'aderente per i quali lo stesso non abbia esercitato il riscatto totale della posizione individuale. Si ricorda inoltre che le somme percepite a titolo di anticipazione non possono mai eccedere, complessivamente, il 75% del totale dei versamenti, comprese le quote del TFR, maggiorati delle plusvalenze realizzate, effettuati alle forme pensionistiche complementari a decorrere dal primo momento di iscrizione alle predette forme.

È **obbligatorio** indicare il motivo della richiesta, in conseguenza del quale sarà **necessario allegare** i seguenti documenti:

- 1. **SPESE SANITARIE:** Copia della **dichiarazione ASL** (struttura pubblica competente) attestante il carattere gravissimo e straordinario delle spese sanitarie (facsimile allegato), oltre alla copia delle **fatture** attestanti le spese sostenute o i preventivi di spesa di operatori specializzati (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, le fatture relative).
- 2. **ACQUISTO PRIMA CASA:** Copia **dell'atto notarile** di acquisto. In caso di acquisto della prima abitazione per i **figli**, allegare **certificato di stato di famiglia**, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela.
- 3. **RISTRUTTURAZIONE** di cui alle lettere a), b), c), e d) del c.1 dell'art.3 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia di cui al D.P.R. 06/06/2001, n. 380): copia **dell'atto attestante la proprietà dell'immobile** da ristrutturare (estratto dalla Conservatoria dei Registri Immobiliari, ovvero l'atto notarile da cui risulti la proprietà dell'abitazione, ovvero il titolo costitutivo del diritto reale di godimento da cui risultino i dati catastali). In caso di ristrutturazione della prima abitazione per i **figli**, allegare **certificato di stato di famiglia** attestante il rapporto di parentela. Copia delle **fatture/bonifici** attestanti le spese sostenute. In sostituzione della documentazione prevista dall'articolo 1, comma 3, della legge n. 449/97 per fruire della detrazione di legge in sede di dichiarazione dei redditi, è possibile produrre **idonea autocertificazione** (facsimile allegato).

Qualora sulla posizione del fondo pensione aperto risulti essere presente un vincolo di cessione del quinto da parte di una società finanziaria, è necessario allegare anche la liberatoria/benessere della finanziaria al riconoscimento dell'anticipazione da parte del fondo pensione, tranne il caso di richiesta di anticipazione per motivi sanitari.

Per maggiori informazioni si rinvia al Documento sulle Anticipazioni consultabile sul sito www.helvetia.it – Previdenza Complementare.

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, 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.

Data compilazione: _____ / _____ / _____ Firma: _____

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.

MOD. ANTICIPAZIONE. ED. 04/2019

COPIA PER ADERENTE

FAC-SIMILE

**Dichiarazione ASL o altra struttura pubblica competente
per richiedere al Fondo Pensione una anticipazione
per **spese sanitarie** a seguito di **gravissime situazioni** relative a sé, al coniuge e ai figli per
terapie e **interventi straordinari** riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche**

Al Fondo pensione: _____

In relazione alla domanda presentata dal Vs. Aderente:

Cognome e nome: _____

Nato/a a _____ il _____

al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel Fondo Pensione, come previsto
dall'art.11, comma 7, del D. Lgs. n° 252 del 05/12/2005,

SI DICHIARA

che il Sig./Sig.ra _____
(riportare il nome dell'Aderente al Fondo Pensione o del familiare dell'Aderente)

**deve sostenere TERAPIE/INTERVENTI LEGATI A GRAVISSIME SITUAZIONI ED AVENTI
CARATTERE DI STRAORDINARIETÀ SOTTO IL PROFILO MEDICO.**

Luogo e data: _____

Timbro e firma

Istruzioni:

- La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da Istituti o Cliniche convenzionate.
- Il Timbro e la firma della presente Certificazione sono obbligatori e devono consentire l'esatta identificazione del soggetto che ha attestato la situazione sanitaria; a tal fine la Certificazione può essere prodotta su carta intestata
- In caso di spese sostenute per il familiare, allegare stato di famiglia rilasciato dal comune di residenza attestante il rapporto di parentela con l'aderente.

Autocertificazione per la richiesta di anticipazione per interventi di manutenzione, restauro, risanamento e ristrutturazione di cui alle lettere a), b), c), e d) del comma 1 dell'art.3 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia di cui al D.P.R. 06/06/2001, n. 380, relativamente alla prima casa di abitazione, documentabili come previsto dalla normativa stabilita ai sensi dell'articolo 1, comma 3, L. 27/12/1997, n. 449

1. DATI DEL PROPRIETARIO DELL'IMMOBILE

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale:

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

 Sesso: M F Data di nascita: _____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Tel. _____
Indirizzo di residenza _____ CAP _____ E e-mail: _____
Comune di residenza _____ Prov. _____

2. DATI DELL'IMMOBILE

Sito in (comune): _____ Prov. _____ CAP _____
Indirizzo: _____ N. _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale:

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

 Sesso: M F Data di nascita: _____

in qualità di aderente al Fondo Pensione _____, avendo sostenuto/dovendo sostenere spese per interventi di recupero di cui alle lettere a), b), c), e d) del comma 1 dell'art.3 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia di cui al D.P.R. 06/06/2001, n. 380, sull'immobile sopra descritto, prima casa di abitazione propria/dei propri figli come sopra identificata,

DICHIARA

di essere in possesso della documentazione prevista dall'articolo 1, comma 3, della Legge 27 dicembre 1997, n. 449 (documenti necessari per fruire della detrazione del 36% in sede di dichiarazione dei redditi) e di essere disponibile a produrre copia, parziale o integrale, della medesima a semplice richiesta del Fondo Pensione

Luogo e data: _____ **Firma:** _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

- Compilare il paragrafo "Dati del proprietario dell'immobile" solo se diverso dall'aderente al Fondo Pensione.
- Allegare sempre copia dell'atto attestante la proprietà dell'immobile da ristrutturare (estratto dalla Conservatoria dei Registri Immobiliari). In caso di interventi effettuati sulla prima casa di abitazione dei propri figli, allegare anche certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela.
- Allegare sempre copia delle fatture/bonifici attestanti le spese sostenute.