

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445) Da firmare a cura dell'aderente

Il/La sottoscritto/a _____
cognome nome

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nato/a a _____ prov. _____ nazione _____ il ____ / ____ / _____

residente a _____ via _____ n. _____

prov. ____ CAP _____

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, predisponga od usi atti falsi è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

dichiara

- di aver diritto all'anticipazione ai sensi dell'art. 11, c. 7, lett. a), del D.Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252, 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
- di assumersi piena responsabilità della veridicità e fedeltà dei dati e delle dichiarazioni contenuti nella presente richiesta, nonché degli atti e documenti alla stessa allegati e, segnatamente, di essere a conoscenza del fatto che la/e copia/e del/i documento/i allegato/i alla presente dichiarazione è/sono conforme/i all'/agli originale/i
- di aver comunicato correttamente al Fondo gli importi di tutti i contributi non dedotti fiscalmente versati negli anni di partecipazione allo stesso
- di aver letto e compreso tutte le informazioni e le avvertenze riportate sul presente modulo, sul Documento sulle anticipazioni e sul Documento sul regime fiscale
- di obbligarsi a presentare la fattura o ricevuta fiscale attestante gli oneri sostenuti, entro 60 giorni dalla data di emissione e comunque entro 6 mesi dalla data di richiesta di anticipazione, a seguito di richiesta di anticipazione per spese sanitarie corredata da preventivo.

Data _____

Firma _____

ed allega

- copia di documento identificativo in corso di validità
- certificazione da parte delle competenti strutture sanitarie pubbliche² (A.S.L.) della natura di straordinarietà degli interventi cui si riferisce la richiesta

² A tal fine è necessario rivolgersi al distretto sanitario di appartenenza presentando le fatture relative agli interventi oggetto di certificazione e la diagnosi del medico curante. L'esemplare è disponibile in fondo al presente documento.

- Fattura dettagliata (originale o autenticata o corredata di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di copia conforme all'originale), emessa non oltre 18 mesi prima della richiesta. Le fatture possono riguardare anche le spese connesse all'intervento/terapie (ad es. spese relative al viaggio o soggiorno). Oppure preventivo di spesa, ferma restando l'esigenza di produrre la fattura o ricevuta fiscali attestanti gli oneri sostenuti, entro 60 giorni dalla data di emissione e comunque entro 6 mesi dalla data di richiesta di anticipazione
- liberatoria/e di pagamento da parte della/e società finanziaria/e nel caso di contratti di finanziamento in corso (cessione del quinto)

Nel caso di richiesta di anticipazione sostenute per il coniuge/componente dell'unione civile o i figli, è necessario allegare anche:

- stato di famiglia/dichiarazione sostitutiva del certificato di stato di famiglia
- modulo di autorizzazione al trattamento dei dati personali sottoscritto dal coniuge/figlio interessato

In caso di richieste riguardanti posizioni individuali di soggetti minori/incapaci, la documentazione dovrà essere sottoscritta da colui che abbia la potestà genitoriale/tutore, allegando un proprio documento di identità e l'autorizzazione al pagamento rilasciata con decreto dal Giudice Tutelare

Data _____

Firma _____

Istruzioni: il presente modulo e relativi allegati vanno inviati a mezzo posta all'indirizzo sopra menzionato.

Spett.le
Euregio Plus SGR S.p.A.
Passaggio Duomo, 15
39100 Bolzano (BZ)

V 07/2022

FACSIMILE CERTIFICAZIONE¹ ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE

(compilazione a cura dell'Azienda Sanitaria Locale)

L'Azienda Sanitaria locale di _____

con sede in _____ via _____ n. _____ prov. _____

CAP _____ partita IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

in relazione alla richiesta anticipazione della posizione individuale maturata presso il Fondo Pensione Aperto
PensPlan Profi dall'aderente

cognome e nome _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

certifica che

(inserire il nominativo del soggetto nell'interesse del quale le spese sono state sostenute)

cognome e nome _____

deve sostenere spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni per terapie e/o interventi straordinari.

Data _____

Timbro e firma _____

¹ Il presente modulo costituisce un "facsimile" e, di conseguenza, ha uno scopo meramente indicativo delle informazioni utili al Fondo Pensione per la concessione dell'anticipazione ai sensi del proprio Regolamento.