

## 1. DATI DELL'ISCRITTO

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Comune (st. estero) di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( ) Telefono: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
 Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( )

## 2. RICHIESTA ANTICIPAZIONE

Il sottoscritto **CHIEDE** di conseguire una **ANTICIPAZIONE** della prestazione per il seguente motivo (barrare una sola casella):

- A)  **SPESE SANITARIE** Importo richiesto € \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_% al lordo delle imposte  
 (in qualsiasi momento, fino ad un massimo del 75% della posizione individuale maturata, a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari) \*
- B)  **ACQUISTO PRIMA CASA DI ABITAZIONE** Importo richiesto € \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_% al lordo delle imposte  
 (decorsi 8 anni di iscrizione, fino ad un massimo del 75% della posizione individuale maturata, in caso di acquisto o costruzione prima casa per sé o per i figli) \*
- C)  **RISTRUTTURAZIONE** Importo richiesto € \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_% al lordo delle imposte  
 (decorsi 8 anni di iscrizione, fino ad un massimo del 75% della posizione individuale maturata per manutenzione, restauro e risanamento sulla 1ª casa di abitazione propria o dei propri figli) \*
- D)  **ULTERIORI ESIGENZE** Importo richiesto € \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_% al lordo delle imposte (è necessario allegare copia di un documento d'identità)  
 (decorsi 8 anni di iscrizione, fino ad un massimo del 30% della posizione individuale maturata per ulteriori esigenze dell'aderente)

## 3. DATI PREVIDENZIALI

Data di prima iscrizione: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000: € \_\_\_\_\_

## 4. COORDINATE BANCARIE - N.B. In assenza di tali dati, il pagamento sarà effettuato a mezzo assegno circolare

**CODICE IBAN: CODICE PAESE** \_\_\_ **CHECK DIGIT** \_\_\_ **CIN** \_\_\_ **ABI** \_\_\_ **CAB** \_\_\_  
**C/C** \_\_\_ **Intestato a:** \_\_\_\_\_ **Banca:** \_\_\_\_\_

## 5. ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

**(\*) L'anticipazione liquidata non potrà mai essere superiore alla spesa effettivamente sostenuta e documentata.**

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, maggiorate delle plusvalenze realizzate, effettuati alle forme pensionistiche complementari a decorrere dal primo momento di iscrizione alle predette forme.

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

- (A) **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). In caso di spese per familiari allegare anche **certificato di stato di famiglia**. L'anticipazione può essere richiesta **entro 120 giorni dall'effettuazione della spesa**. Copia documento d'identità.
- (B) **ACQUISTO PRIMA CASA:** Copia dell'**atto notarile** di acquisto o del **contratto preliminare**, riservandosi di allegare successivamente il contratto notarile definitivo, **stipulato non oltre 18 mesi prima della richiesta**. 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. **Non saranno accettate richieste finalizzate ad estinguere contratti di mutuo "in itinere"**. Copia documento d'identità.
- (C) **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): Autocertificazione prima casa di abitazione. Autocertificazione che i lavori rientrino in quelli autorizzati dalla normativa. 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). **Non saranno accettate richieste corredate del solo preventivo di spesa**. Copia documento d'identità.

I dati previdenziali vanno compilati in collaborazione con il datore di lavoro. In particolare si segnala che:

L'**Abbattimento base imponibile** che il Fondo deve applicare su quanto maturato entro il 31/12/2000, da indicare per i soli lavoratori dipendenti, è determinato nella misura di € 309,87 (L.600.000) per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla % di TFR versato al Fondo. L'abbattimento di € 309,87 va riconosciuto all'Aderente, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il Fondo.

**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. E' 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: \_\_\_\_\_

**N.B. L'incompleta compilazione del presente modulo e/od il mancato invio della documentazione richiesta e prevista nell'apposito REGOLAMENTO scaricabile nella sezione modulistica del sito [www.alifond.it](http://www.alifond.it) determinano l'immediato rigetto della domanda presentata.**  
Per la copertura delle spese di istrizione della pratica il Fondo addebiterà 25 Euro alla posizione dell'associato. L'erogazione avviene in 60 gg lavorativi dal ricevimento della richiesta presso il Fondo. Nel caso in cui per l'aderente risulti attiva una cessione del quinto, la richiesta dovrà essere corredata, oltre alla documentazione specifica per ogni casistica, dall'attestazione di estinzione del debito o da autorizzazione ad erogare l'anticipazione richiesta firmata dalla società finanziaria.

**Mod.A09/01**



Viale dell'Astronomia 30 00144 Roma tel. 06-54220135 fax 06-54229742 e-mail [assistenza.anticipazioni@alifond.it](mailto:assistenza.anticipazioni@alifond.it)

**ESONERO DI RESPONSABILITA' PER L'INOLTRO DELL'ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE  
RELATIVO AL PAGAMENTO DELL'ANTICIPAZIONE DELLA POSIZIONE CONTRIBUTIVA**

Il sottoscritto.....

Nato il .....a.....e residente in.....

Via/Piazza.....n.....cap.....

**DICHIARA**

di non disporre di un proprio conto corrente bancario e/o postale sul quale possa essere corrisposta l'erogazione della anticipazione della posizione previdenziale.

**AUTORIZZA**

Il Fondo all'invio di un assegno circolare non trasferibile presso l'indirizzo di residenza sopra riportato.

**ESONERA**

Il Fondo da ogni responsabilità comunque connessa all'invio dell'assegno circolare non trasferibile mediante il servizio postale, restando inteso sin d'ora che il sottoscritto si obbliga ad assumere personalmente ogni conseguenza, adoperandosi personalmente presso il servizio postale e presso ogni altra Autorità (denuncia di furto/smarrimento del titolo presso le autorità competenti), sopportandone anche costi ed oneri ivi compresi quelli relativi alla successiva fase della procedura di ammortamento del titolo di credito sottratto o smarrito ed alle eventuali relative cause di opposizione da parte di terzi o comunque connesse alla sottrazione e/o alla perdita del titolo di credito, obbligandosi quindi a fare tutto quanto sarà ritenuto necessario affinché possa essere disposta una nuova procedura di pagamento da parte del Fondo.

Firma

.....

Luogo e data,

.....

**Dichiarazione ASL 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 ed interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche**

Al Fondo pensione \_\_\_\_\_

**In relazione alla domanda presentata dal Vostro aderente:**

**Cognome e nome** \_\_\_\_\_

**nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

al fine di ottenere l'anticipazione di contributi accumulati nel Fondo Pensione come previsto **dall'art. 11 comma 7 del D.Lgs. 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 STRAORDINARIETA' SOTTO IL PROFILO MEDICO.**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_.

*Timbro e firma*

\_\_\_\_\_

**Istruzioni:**

- La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da Istituti o Cliniche convenzionate.
- 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.
- Con la sottoscrizione del presente modulo, si autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del D.lgs. n. 196/03, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

**DA ALLEGARE AL MODULO "RICHIESTA ANTICIPAZIONE" NEL CASO INDICATO**

**Autocertificazione dell'iscritto per richiedere al Fondo Pensione  
una anticipazione per interventi di manutenzione, restauro, risanamento e  
ristrutturazione.**

**DATI DEL DICHIARANTE**

Cognome:	_____	Nome:	_____
Codice Fiscale:	_____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: ___ / ___ / ___
Comune (st. estero) di nascita:	_____	Provincia: (    )	Telefono: _____
Indirizzo di residenza:	_____		CAP: _____
Comune di residenza:	_____		Provincia: (    )

**DATI DELL'IMMOBILE**

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

**DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto, in qualità di proprietario dell'immobile sopra descritto, dichiara che gli interventi di recupero rientrano tra quelli previsti alle lettere a), b), c) e d) del primo comma dell'art. 31 della legge 5 agosto 1978, n. 457, e riguardano esclusivamente la prima casa di abitazione.

Data Compilazione: ..... / ..... / ..... Firma: \_\_\_\_\_