


**MODULO DI RICHIESTA ANTICIPAZIONE**

Spett.le  
**FONDO PENSIONE FIPACI**  
**VIA FIUME DELLE PERLE 24**  
**00124 ROMA (RM)**

1. DATI DELL'ADERENTE		(COMPILAZIONE A CURA DELL'ADERENTE)
Cognome:	Nome:	
Codice Fiscale:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: / /	
Comune di nascita:	Prov: ( ) Tel.:	
Indirizzo di residenza:	CAP: e-mail:	
Comune di residenza:	Provincia: ( )	
2. RICHIESTA ANTICIPAZIONE		(COMPILAZIONE A CURA DELL'ADERENTE)
Il sottoscritto <b>CHIEDE</b> di conseguire una <b>ANTICIPAZIONE</b> della prestazione pari a (completare una sola opzione):		
<input type="checkbox"/> _____ , _____ (indicare l'importo LORDO richiesto, che non potrà comunque superare il limite lordo max consentito)		
<input type="checkbox"/> _____ % (indicare la percentuale richiesta sul montante maturato, che non potrà comunque superare il limite max consentito)		
Per il seguente motivo (barrare una sola casella):		
A) <input type="checkbox"/> <b>SPESE SANITARIE</b> a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari		
▪ Può essere richiesta <u>in qualsiasi momento</u> , a condizione che la somma oggetto dell'anticipazione non ecceda il valore della spesa documentata.		
B) <input type="checkbox"/> <b>ACQUISTO PRIMA CASA</b> di abitazione per sé o per i figli		
▪ Può essere richiesta decorsi <u>8 anni</u> di iscrizione, a condizione che la somma oggetto dell'anticipazione non ecceda il valore della spesa documentata.		
C) <input type="checkbox"/> <b>RISTRUTTURAZIONE</b> , manutenzione, restauro e risanamento sulla 1ª casa di abitazione propria o dei propri figli		
▪ Può essere richiesta decorsi <u>8 anni</u> di iscrizione, a condizione che la somma oggetto dell'anticipazione non ecceda il valore della spesa documentata.		
D) <input type="checkbox"/> <b>ULTERIORI ESIGENZE</b> dell'aderente		
▪ Può essere richiesta decorsi <u>8 anni</u> di iscrizione per una percentuale <u>non superiore al 30%</u> della posizione individuale maturata.		
3. COORDINATE BANCARIE		(COMPILAZIONE A CURA DELL'ADERENTE)
CODICE <b>IBAN</b> :		
(compilare INTEGRALMENTE)	COD.PAESE	COD.CONTROLLO CIN ABI (5 CARATTERI NUMERICI) CAB (5 CARATTERI NUMERICI) NUMERO CONTO CORRENTE (12 CARATTERI ALFANUMERICI)
Banca e Filiale:	Intestato a:	
<i><b>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.</b></i>		
Data Compilazione: .....	Firma: _____	
4. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA		(COMPILAZIONE E SOTTOSCRIZIONE A CURA DELL'AZIENDA)
Quota esente fino al 31/12/2000: €	Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000 (SOLO ISCRITTI POST 28/04/1993 - "NUOVI ISCRITTI"): €	
<b>TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO:</b> _____		

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Può essere indicato alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in % del montante maturato. L'importo indicato si intende al LORDO delle imposte. In caso di duplice e contraddittoria compilazione (ossia compilazione sia dell'importo lordo richiesto, sia della percentuale richiesta) sarà attribuita prevalenza all'importo indicato in cifre, naturalmente nel rispetto dei limiti di legge e, ove necessario, della spesa 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 per i quali non sia stato esercitato il riscatto totale della posizione individuale.

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

- (1) **SPESE SANITARIE:** Copia della **dichiarazione del il medico curante o della 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, unitamente a **dichiarazione sostitutiva di atto notorio** da cui risulti la residenza anagrafica o l'intenzione di voler trasferire entro 18 mesi dall'acquisto la propria residenza nel comune ove è ubicato l'immobile, nonché la **dich. sostitutiva di atto notorio** da cui risulti la non titolarità di alcun diritto reale (proprietà o godimento) relativamente ad altre abitazioni nel territorio del comune ove è ubicato l'immobile. E' possibile produrre anche copia del contratto preliminare, riservando di allegare successivamente il contratto notarile definitivo. 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. In caso di acquisto in cooperativa, occorre produrre, in via provvisoria, **l'estratto notarile del libro dei soci** attestante la prenotazione dell'alloggio, il **contratto di appalto** sottoscritto dall'iscritto o dal legale rappresentante della cooperativa e la **documentazione degli esborsi sostenuti**; in via definitiva, non appena disponibile, dovrà prodursi **copia dell'atto pubblico di assegnazione dell'alloggio**. In caso di costruzione in proprio, occorre produrre in via immediata: la **concessione edilizia**, il **titolo di proprietà del terreno**, il **contratto di appalto o i preventivi di spesa**. In via definitiva, entro 30 giorni dall'erogazione, le **fatture** che attestino il pagamento dei lavori effettuati ed il **certificato comunale di ultimazione dei lavori**.
- (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. n. 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). Se gli interventi riguardano parti comuni dell'immobile, **copia della delibera assembleare** e della **tabella millesimale** di ripartizione delle spese. 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 o i preventivi di spesa (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, le fatture relative). 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**.

I dati dell'attività lavorativa (Sez.4) vanno compilati dal datore di lavoro.

Si segnala che:

La **Quota esente** su quanto maturato entro il 31/12/2000, da indicare per i soli lavoratori dipendenti, rappresenta l'ammontare totale dei contributi versati al Fondo dal dipendente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. Qualora l'importo della quota esente fosse uguale ai contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000 indicare "100%".

L'**Abbattimento base imponibile** che il Fondo deve applicare su quanto maturato entro il 31/12/2000, da indicare esclusivamente per gli iscritti post 28/04/1993 ("nuovi iscritti"), è determinato nella misura di L.600.000 (€309,87) per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla % di TFR versato al Fondo. L'abbattimento di L.600.000 va riconosciuto all'Aderente, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il Fondo.

## **FACSIMILE**

### **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.**

\_\_\_\_\_ 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.*
- *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

<b>DATI DEL PROPRIETARIO DELL'IMMOBILE</b>																					
Cognome: _____ Codice Fiscale: <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																					Nome: _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: ____ / ____ / ____ Comune di nascita: _____ Prov: (    ) Tel.: _____ Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____ Comune di residenza: _____ Provincia: (    )
<b>DATI DELL'IMMOBILE</b>																					
Sito in (comune): _____ Indirizzo: _____	Prov.: (    ) CAP: _____ N. civico _____																				
<b>DICHIARAZIONE</b>																					
Il sottoscritto Cognome: _____ Nome: _____ Codice Fiscale: <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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, <u>prima casa di abitazione</u> propria/dei propri figli come sopra identificata,																					
<b>DICHIARA</b>  <b><i>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</i></b>																					
<b>Data Compilazione:</b> ..... / ..... / ..... <b>Firma:</b> _____																					
<b>ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE</b>																					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Compilare il paragrafo "Dati del proprietario dell'immobile" <u>solo</u> se diverso dall'aderente al Fondo Pensione.</li> <li>Allegare <u>sempre</u> 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.</li> <li>Allegare <u>sempre</u> copia delle fatture/bonifici attestanti le spese sostenute.</li> </ul>																					