Amundi Investment Solutions

SecondaPensione

MODULO RICHIESTA ANTICIPAZIONE

1. DATI DELL'ADERENTE (allegare obbligatoriamente copia documento d'identità)

Cognome _____ Nome: _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | e-mail: _____

Indirizzo: _____ Cap _____ Località _____ Prov. _____

2. RICHIESTA ANTICIPAZIONE

Il sottoscritto **CHIEDE** di conseguire un'**ANTICIPAZIONE** della prestazione pari a (**indicare l'importo o la percentuale richiesta**):

☐ _____ (indicare l'importo netto richiesto)

☐ _____ % (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) ☐ **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 1ª 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 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: _____ (Indicare la data in cui l'aderente si è iscritto per la prima volta ad una forma pensionistica complementare senza aver mai riscattato)

Quota esente fino al 31/12/2000: _____ Abbattimento base imponibile fino al 31/12/2000: _____

4. COORDINATE BANCARIE (conto corrente intestato o cointestato all'aderente)

CODICE IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INTESTATO A: _____ BANCA E FILIALE: _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Deve essere indicato alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in percentuale del montante maturato. 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.

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

(1) **SPESE SANITARIE:** Copia della **dichiarazione ASL** attestante il carattere gravissimo e straordinario delle spese sanitarie (vedi 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).
L'importo massimo richiesto non può essere superiore alla documentazione presentata (preventivi e/o fatture).

(2) **ACQUISTO PRIMA CASA:** Copia dell'**atto notarile** di acquisto. E' possibile produrre anche copia del contratto preliminare di compravendita, necessariamente sottoposto a registrazione, riservandosi 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.

(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). 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** (facsimile allegato).

I dati dell'attività lavorativa vanno compilati in collaborazione con il datore di lavoro. In particolare 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 per i soli lavoratori dipendenti, è determinato nella misura di € 309,87 per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla % di TFR versato al Fondo. L'abbattimento va riconosciuto all'Aderente, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il Fondo. Qualora la posizione previdenziale risultasse vincolata ad un contratto di **Cessione del Quinto** dello Stipendio, dovrà essere trasmessa una **liberatoria del cessionario** (la Società Finanziaria), al fine di autorizzare il Fondo a procedere all'erogazione della parte di prestazione cedibile a favore dell'Aderente.

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. Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle istruzioni per la compilazione sopra riportate.

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE INVIATO A: **AMUNDI SGR SPA SECONDAPENSIONE C/O PREVINET SPA VIA E.FORLANINI 24 31022 PREGANZIOL TV OPPURE VIA FAX AL N. 0422/1745297 OPPURE VIA FORM-MAIL COLLEGANDOSI AL SITO INTERNET WWW.SECONDAPENSIONE.IT SEZIONE CONTATTACI**
NOTA BENE:L'INCOMPLETA COMPILAZIONE DEL PRESENTE MODULO O LA MANCATA SOTTOSCRIZIONE COMPORTANO L'IMMEDIATO RIGETTO DELLA DOMANDA PRESENTATA. AI FINI DELL'ESECUZIONE DELL'OPERAZIONE DI DISINVESTIMENTO SI PRECISA CHE LA DOCUMENTAZIONE COMPLETA DOVRA' PERVENIRE AL AMUNDI ALMENO 6 GIORNI LAVORATIVI ANTECEDENTI LE DUE DATE MENSILI DI VALORIZZAZIONE DELLA QUOTA (LA SGR DETERMINA IL VALORE DELLA QUOTA E, CONSEGUENTEMENTE, DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE DI CIASCUN ADERENTE IL GIORNO 15 DI OGNI MESE – O IL 1° GIORNO LAVORATIVO E DI BORSA APERTA IMMEDIATAMENTE SUCCESSIVO – E L'ULTIMO GIORNO LAVORATIVO E DI BORSA APERTA DEL MESE).
.L'ANTICIPAZIONE VERRÀ EROGATA ENTRO 60 GIORNI DALLA RICEZIONE DA PARTE DI AMUNDI DELLA DOCUMENTAZIONE COMPLETA E CORRETTA.

Data Compilazione: _____ **Firma:**_____

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 **SecondaPensione Fondo Pensione Aperto**

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.

_____ lì _____.

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

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-mail: _____

Comune di residenza: _____ Provincia: _____

DATI DELL'IMMOBILE

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

Indirizzo: _____ N. civico _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: _____

in qualità di aderente a **SecondaPensione Fondo Pensione Aperto**, 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

Data Compilazione: _____ **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 oppure i preventivi di spesa di operatori specializzati (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, le fatture relative).