

MODULO DI RICHIESTA ANTICIPAZIONE

DATI DELL'ADERENTE

COGNOME NOME

CODICE FISCALE SESSO F M

DATA DI NASCITA / / COMUNE DI NASCITA PROV.

RESIDENZA A PROV. VIA CAP

CELLULARE E-MAIL

RICHIESTA ANTICIPAZIONE

Il sottoscritto, presa visione del **REGOLAMENTO IN MATERIA DI ANTICIPAZIONI** allegato alla Nota Informativa, chiede di conseguire una **ANTICIPAZIONE** 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 casella):

- A) **SPESA 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.

DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI (compilazione a cura dell'aderente)

Data 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: / /

COORDINATE BANCARIE (compilazione a cura dell'aderente)

IBAN (compilare INTEGRALMENTE)

<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
IT	CHECK DIGIT	CIN	ABI	CAB	c/c

Banca e Filiale: Intestato a:

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

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. Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CUD, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo unitamente ai conteggi di liquidazione della posizione previdenziale e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro un mese dalla data di accredito dell'importo erogato.

Data Compilazione: Firma

DA SPEDIRE TRAMITE RACCOMANDATA A.R. A : FONDO PENSIONE BYBLOS VIA ANIENE 14 - 00198 ROMA - OPPURE VIA PEC A: FONDOBYBLOS@PEC.NOTIFICAFACILE.IT

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 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 per i quali non sia stato 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: a) fotocopia di un documento d'identità dell'iscritto, in corso di validità; b) fotocopia del codice fiscale dell'iscritto; c) solo nel caso in cui l'iscritto abbia in corso un finanziamento contro cessione di quote dello stipendio, liberatoria di pagamento da parte della società finanziaria.**

(1) **SPESE SANITARIE:** Copia della **dichiarazione ASL** (o di una struttura pubblica competente) attestante il carattere gravissimo e straordinario della terapia o dell'intervento (facsimile allegato); stato di Famiglia o altro documento attestante il rapporto di parentela con l'iscritto, solo nel caso in cui la spesa non sia sostenuta dallo stesso; **fatture**, ricevute fiscali e/o preventivi in originale attestanti gli oneri effettivamente sostenuti e rispondenti ai requisiti richiesti dalla normativa fiscale. (in questo caso produrre in seguito, entro 180 giorni dall'erogazione, le fatture relative).

Preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 9, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, acconsento:

- al trattamento dei dati personali comuni e sensibili che mi riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività previdenziale complementare;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate nella predetta documentazione informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità indicate nella medesima nota informativa e obbligatori per legge;
- alla comunicazione degli stessi dati a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di archiviazione;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero (paesi UE e paesi extra UE) per le finalità previste nella documentazione informativa.

Rimane fermo che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

(2) **ACQUISTO PRIMA CASA: 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; **copia dell'atto notarile di acquisto** e/o preliminare di vendita registrato; dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui risulti la non titolarità esclusiva o in comunione con il coniuge di alcun diritto reale (proprietà o godimento) relative ad altre abitazioni nel territorio del comune ove è ubicato l'immobile. È possibile produrre anche copia del contratto preliminare, 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. 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 180 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. 06/06/2001, n. 380): copia dell'**atto attestante la proprietà dell'abitazione**; 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 copia del certificato di stato di famiglia rilasciato dal comune di residenza attestante il rapporto di parentela. Copia delle **fatture e/o preventivi di spesa, ricevute fiscali attestanti le spese sostenute; ricevute dei bonifici bancari attraverso i quali è stato disposto il pagamento**. Nel caso in cui l'importo complessivo dei lavori superi l'importo di € 51.645,69 va prodotta, inoltre, la **dichiarazione di esecuzione dei lavori sottoscritta da un professionista abilitato** all'esecuzione degli stessi (per gli interventi di manutenzione straordinaria), **ovvero dal responsabile della ditta appaltatrice** (per gli interventi di manutenzione ordinaria). In caso di anticipazione richiesta per gli interventi di ristrutturazione sulla prima abitazione dei figli dovrà essere allegato, inoltre, copia del certificato di stato di famiglia. 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** (vedi allegato).

Si ricorda che, per ciascuna richiesta di anticipazione, è previsto un costo a carico dell'aderente, così come indicato nella Nota Informativa pubblicata sul sito internet del Fondo.

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 F M

DATA DI NASCITA / / COMUNE DI NASCITA PROV.

RESIDENZA A PROV. VIA CAP

CELLULARE E-MAIL

DATI DELL'IMMOBILE

SITO IN (COMUNE) PROV. CAP

INDIRIZZO N. CIVICO

DICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME NOME

CODICE FISCALE SESSO F M

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.

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.

Dichiarazione ASL o altra struttura pubblica competente per richiedere al Fondo Pensione un'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/la 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.