



Il modulo compilato e firmato va consegnato al fondo o inviato tramite Raccomandata A/R a:
Fondo Pensione Eurofer, Via Bari, 20 c.a.p. 00161 ROMA

Modulo RA-3

Modalità di pagamento assegno circolare (da allegare solo se si sceglie tale tipologia di pagamento)

- Assegno Circolare non Trasferibile (€ 5,00 per spese postali – Leggere attentamente le limitazioni di responsabilità di seguito indicate)**

Il sottoscritto esonera il Fondo Pensione da ogni responsabilità comunque connessa all'invio dell'assegno circolare non trasferibile a mezzo del servizio postale, restando inteso sin d'ora che, ogni eccezione rimossa, il sottoscritto si obbliga ad assumere personalmente ogni conseguenza, adoperandosi personalmente presso il servizio postale e presso ogni altra Autorità, sopportandone anche i relativi costi e oneri di ogni specie, sia nell'espletamento richiesto e di ogni successivo adempimento ma anche in particolar modo per la successiva fase della procedura di ammortamento del titolo di credito sottratto (o smarrito) e nelle 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 da parte del Fondo Pensione possa essere disposta una nuova procedura di pagamento.

Il sottoscritto accetta di ricevere, all'indirizzo di residenza indicato, il mod. CU, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo entro la scadenza di legge dell'anno successivo a quello di pagamento e si impegna a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso entro 15 gg. dalla scadenza annuale di legge per la trasmissione. Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare al Fondo eventuali variazioni di indirizzo rispetto a quello di residenza indicato, al quale spedire la Certificazione Unica. Il sottoscritto altresì dichiara di non avere in corso ulteriori richieste di prestazione.

Firma dell'associato

DA ALLEGARE IN CASO DI RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE MEDICHE

Dichiarazione USL

(o altra struttura pubblica competente)

Spett.le Eurofer,

in relazione alla domanda presentata dal vs. aderente:

Cognome e nome: _____ nata/o a __Prov. _____ il _____

al fine di ottenere un'anticipazione della posizione accumulata presso il Fondo Pensione EUROFER, come previsto dall'art. 11, comma 7, lettera a) del D.Lgs. n. 252 del 05/12/2005, vista la documentazione sanitaria ed i preventivi di spesa ovvero le fatture che, in copia, costituiscono parte integrante della presente,

SI DICHIARA

che la sig.ra/il sig. _____

(riportare il nome dell'aderente al Fondo pensione o del/dei familiare/i dell'aderente)

**NECESSITA DI TERAPIE/INTERVENTI LEGATI A GRAVISSIME SITUAZIONI E/O
AVENTI CARATTERE DI STRAORDINARIETÀ SOTTO IL PROFILO MEDICO**

Data: ____/____/_____

Timbro e Firma

Nota Bene:

La certificazione può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da istituti o cliniche convenzionate.

***Il timbro e la firma sono obbligatori** e devono consentire l'esatta identificazione del soggetto che ha attestato la situazione sanitaria (codice Usl); a tal fine la certificazione può essere prodotta su carta intestata.*

RIEPILOGO SPESE PER LE QUALI SI CHIEDE L'ANTICIPAZIONE

PREVENTIVO O FATTURA (BARRARE)	DESCRIZIONE SPESA	EURO
<input type="checkbox"/> PREVENTIVO <input type="checkbox"/> FATTURA		
<input type="checkbox"/> PREVENTIVO <input type="checkbox"/> FATTURA		
<input type="checkbox"/> PREVENTIVO <input type="checkbox"/> FATTURA		
<input type="checkbox"/> PREVENTIVO <input type="checkbox"/> FATTURA		
<input type="checkbox"/> PREVENTIVO <input type="checkbox"/> FATTURA		
<input type="checkbox"/> PREVENTIVO <input type="checkbox"/> FATTURA		
<input type="checkbox"/> PREVENTIVO <input type="checkbox"/> FATTURA		
<input type="checkbox"/> PREVENTIVO <input type="checkbox"/> FATTURA		
<input type="checkbox"/> PREVENTIVO <input type="checkbox"/> FATTURA		
<input type="checkbox"/> PREVENTIVO <input type="checkbox"/> FATTURA		
TOTALE	-----	€

Data,

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....



Il modulo compilato e firmato va consegnato al fondo o inviato tramite Raccomandata A/R a:
Fondo Pensione Eurofer, Via Bari, 20 c.a.p. 00161 ROMA

Modulo RA-3

MODALITÀ OPERATIVE E ISTRUZIONI DI COMPILAZIONE

Prima di procedere prendere visione del DOCUMENTO SULLE ANTICIPAZIONI presente sul nostro sito internet: www.fondoeurofer.it.

❖ SPESE SANITARIE

La domanda di anticipazione per spese sanitarie, per sé, per il coniuge/unito civilmente o per i figli, dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

- **Dichiarazione, da parte delle competenti strutture sanitarie pubbliche (A.S.L.)**, del carattere straordinario delle terapie/interventi e della situazione gravissima cui si riferisce la richiesta. Tale dichiarazione è richiesta anche in caso di intervento medico effettuato privatamente.
- **Preventivo** firmato dallo specialista e/o **Fotocopia della fattura** dettagliata emessa non oltre 180 giorni prima della richiesta, delle spese sostenute, anche relative al viaggio o soggiorno (in caso di preventivo l'associato avrà comunque l'onere di produrre la fattura entro 6 mesi dalla ricezione dell'anticipazione e comunque entro 15 gg dall'emissione della stessa).
- **Stato di famiglia** o altra documentazione utile ad attestare il legame di parentela in caso di spese sostenute per coniuge o figli.
- **Fotocopia di un valido documento di riconoscimento.**
- **Liberatoria della società Finanziaria** nel caso il richiedente ha ceduto il vincolo sulla posizione di previdenza complementare per 1/5 dell'importo richiesto a seguito di finanziamento. In mancanza di liberatoria verranno comunque erogati all'aderente i 4/5 dell'importo richiesto.
- **Sottoscrizione del Modulo per la raccolta della presa visione e del consenso al trattamento dei dati personali,** nel caso di spese per il coniuge/unito civilmente o figli, da parte di quest'ultimi.



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell' articolo 13 del Regolamento UE 2016/679

In conformità al Regolamento relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016), Fondo Pensione EUROFER – Fondo Pensione a Capitalizzazione per i Lavoratori delle Ferrovie dello Stato con sede legale in Via Bari 20 – Tel. 800.06.97.10 – Fax 06.45546298 – Email: eurofer@fondoeurofer.it (di seguito “il Fondo Pensione”), in qualità di “Titolare del trattamento”, è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali.

Fonte dei dati personali

I dati personali in possesso del Fondo sono raccolti direttamente presso l'interessato ovvero presso terzi, intendendosi per tali principalmente i soggetti abilitati alla raccolta delle adesioni (v. nota informativa).

Finalità del trattamento cui sono destinati i dati e natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti al Fondo Pensione, sono effettuati:

- per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio nonché delle altre prestazioni disciplinate dal D.lgs. 5 dicembre 2005, n. 252;
- per gli obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi.

I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori del Fondo Pensione, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo Pensione e in conformità alle istruzioni che saranno dallo stesso impartite.

Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per l'adempimento delle finalità perseguite dal Fondo Pensione.

Comunicazione dei dati

Il Fondo Pensione potrà comunicare i dati personali acquisiti a soggetti e società esterne che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività.

I soggetti predetti potranno essere costituiti da:

- istituti bancari incaricati dell'attività di custodia e gestione del patrimonio;
- compagnie di assicurazione e società finanziarie incaricate della gestione delle risorse del Fondo Pensione;
- società di servizi amministrativi, contabili ed informatici.

I dati sono trasmessi alla Commissione di vigilanza sui fondi pensione per i compiti istituzionali dell'Autorità nonché ad altri organi di vigilanza nei casi previsti dalla normativa vigente.

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

Il Fondo Pensione, su richiesta dell'iscritto, fornirà l'elenco dei soggetti esterni ai quali i dati vengono trasmessi.

Periodo di conservazione dei dati personali

Il Fondo Pensione conserverà i dati personali per un periodo di 10 (dieci) anni decorrenti dalla cessazione del rapporto con l'interessato.

Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

In relazione ai dati personali conferiti, l'Interessato potrà esercitare i diritti di cui al Regolamento UE 2016/679:

- diritto di accesso;
- diritto di ottenere la rettifica, l'integrazione, la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento degli stessi;
- diritto di opposizione al trattamento;
- diritto alla portabilità dei dati;
- diritto di revocare il consenso;
- diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali.

L'Interessato potrà esercitare i diritti di cui al Regolamento mediante trasmissione di una comunicazione scritta - a mezzo lettera raccomandata o via Email (eurofer@fondoeurofer.it) - alla sede di Roma situata in Via Bari 20.

MODULO PER LA RACCOLTA DELLA PRESA VISIONE E DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Da restituire firmato

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.

Data _____ Firma del coniuge dell'Aderente o del/della figlio/a o potestà genitoriale _____

Consenso al trattamento dei dati personali appartenenti a particolari categorie ex art. 9, par. 1, del Regolamento 2016/679, con specifico riferimento ai dati relativi alla salute trattati dal Fondo Pensione in concomitanza delle richieste di anticipazione per spese sanitarie.

dò il consenso

nego il consenso

Data _____

Firma dell'Aderente _____

dò il consenso

nego il consenso

Data _____

Firma del coniuge dell'Aderente o del/della figlio/a o rappresentante legale _____