HDI Assicurazioni S.p.A. – Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma (IT) - Tel +39 06 421 031 – Fax +39 06 4210 3500 – hdi.assicurazioni@pec.hdia.it – www.hdiassicurazioni.it – Capitale Sociale € 351.000.000,00 i.v. – C.F., P.IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 – Società con unico azionista – Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022 – Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

Agenzia / Sub-Agenzia Cod. _____

di _____ Produttore Cod. _____

MODULO DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____

(Cognome e nome)

prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

via _____ n. _____ tel. _____ e-mail _____

in qualità di: ☐ Aderente ☐ Beneficiario ☐ Soggetto legittimato

Aderente _____

Iscritto alla seguente forma pensionistica complementare:

☐ **PREVIDENZA HDI – PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO – FONDO PENSIONE:**

Numero Polizza _____

☐ **AZIONE DI PREVIDENZA – FONDO PENSIONE APERTO:** Codice Adesione _____

Tipologia di adesione: ☐ Individuale ☐ Collettiva (Azienda _____)

RICHIEDE

ai sensi del Regolamento del Piano Individuale Pensionistico o del Regolamento del Fondo Pensione Aperto, la seguente liquidazione:

☐ **EROGAZIONE PER MATURAZIONE DEI REQUISITI D'ACCESSO ALLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA**

Percentuale del capitale maturato da erogare in unica soluzione _____ %

Tipologia e modalita di erogazione della rendita, al netto della eventuale quota da erogare in forma di capitale:

☐ a) vitalizia immediata ☐ b) certa per i primi 5 anni e successivamente vitalizia

☐ c) certa per i primi 10 anni e successivamente vitalizia ☐ d) reversibile per una quota del _____ %

☐ e) vitalizia con controassicurazione

Frazionamento: ☐ annuale ☐ semestrale ☐ trimestrale ☐ mensile

Beneficiario (solo per le rendite di cui ai punti b), c), d) ed e)) (in caso di piu nominativi si prega di allegare elenco al presente modulo):

Cognome e nome _____ nato/a _____

prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

via _____ n. _____ tel. _____ e-mail _____

☐ **RISCATTO**

☐ **parziale 50% per** ☐ disoccupazione (oltre12 mesi) ☐ procedure di mobilità ☐ cassa integrazione ordinaria o straordinaria

☐ **totale per** ☐ decesso ☐ disoccupazione (oltre 48 mesi) ☐ invalidita superiore a 2/3 ☐ cessazione dei requisiti ☐ altre cause

☐ **ANTICIPAZIONE** ☐ Percentuale ☐ Importo lordo ☐ Importo netto

☐ Spese sanitarie (max 75%)	_____ %	€ _____	€ _____
☐ Acquisto/ Ristrutturazione prima casa (max 75%)	_____ %	€ _____	€ _____
☐ Ulteriori esigenze non documentate (max 30%)	_____ %	€ _____	€ _____

LIQUIDAZIONE TRAMITE ☐ BONIFICO BANCARIO ☐ ASSEGNO CIRCOLARE

Istituto Bancario _____

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Intestato a _____

Il Sottoscritto prende atto che, in relazione ai documenti allegati ed indicati sul retro, la Compagnia ha, comunque, diritto in considerazione di particolari esigenze istruttorie, a richiedere ulteriore documentazione necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento ed a individuare gli aventi diritto.

Luogo e data _____ Il Richiedente _____ L'incaricato _____

DENUNCIA DEI PREMI NON DEDOTTI IN SEDE DI DICHIARAZIONE DEI REDDITI (Art. 8 comma 4 del D.Lgs. 252/2005)

Il sottoscritto dichiara di non aver dedotto o che non dedurra in sede di dichiarazione i seguenti premi versati:

Anno _____ € _____ , _____ Anno _____ € _____ , _____

Codice fiscale del Dichiarante | | | | | | | | | | | | | | | | Firma _____

Originale per la Societa'

DOCUMENTI DA ALLEGARE	TIPOLOGIA DELLA LIQUIDAZIONE									
	PRESTA-ZIONE PER RAGGIUNTI REQUISITI	RISCATTO					ANTICIPAZIONE			
		PARZIALE 50% PER DISOCCUPA-ZIONE	TOTALE PER DECESSO	TOTALE PER INVALIDITÀ SUPERIORE 2/3	TOTALE PER CESSATI REQUISITI	TOTALE PER DISOCCUPA-ZIONE	SPESE SANITARIE	ACQUISTO PRIMA CASA	RISTRUT-TURAZIONE PRIMA CASA	ULTERIORI ESIGENZE
MODULO DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DOCUMENTO DI IDENTITA'	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CODICE FISCALE / TESSERA SANITARIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CERTITIFICATO DI PENSIONAMENTO DELL'ENTE OBBL.DI APPARTENENZA	●									
CERT. DI DISOCCUPAZIONE O DOC. COMPROVANTE LO STATO DI CASSA INTEGR. O MOBILITA'		●				●				
RICHIESTA DEI BENEFICIARI IN CARTA SEMPLICE			●							
DOCUMENTO DI IDENTITA' DEI BENEFICIARI			●							
ORIGINALE MODULO DI ADESIONE O DICHIAR. DI SMARRIMENTO			●							
CERTIFICATO DI MORTE			●							
ATTO NOTORIO O, IN ALTERNATIVA, DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'			●							
AUTORIZZAZIONE DEL GIUDICE TUTELARE (IN CASO DI MINORI BENEFICIARI)			●							
CERTIFICATO DI INVALIDITA' (CON INDICAZIONE DELLA PERCENTUALE)				●						
LETTERA CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO RILASCIATA DAL DATORE					●					
PREVENTIVO DI SPESE MEDICHE O FATTURE / SCONTRINI							●			
CERTIFICAZIONE ASL DEL CARATTERE STRAORDINARIO DELLA TERAPIA O DELL'INTERVENTO (PER IMPORTO SUPER. €5.000,00)							●			
MODULO PRIVACY PER SPESE SANITARIE							●			
PROPOSTA DI ACQUISTO, PRELIMINARE DI VENDITA REGISTRATI O ROGITO NOTARILE (OPZIONALE CERTIFICATO DI MATRIMONIO)								●		
PREVENTIVO DELLA DITTA RISTRUTTURATRICE									●	
CERTIFICATO DI RESIDENZA									●	
ATTO DI ROGITO O VISURA CATASTALE (OPZIONALE CERTIFICATO DI MATRIMONIO)									●	

INDICAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- I preventivi di spesa rilasciati da medici, strutture sanitarie o ditte di ristrutturazione, vanno sempre prodotti su carta intestata, con timbro e firma dell'esercente, e con una chiara indicazione degli importi in euro.
- In caso di anticipazione per spese sanitarie, acquisto o ristrutturazione prima casa si rende necessario ai sensi della Normativa vigente che l'Aderente fornisca la documentazione fiscale comprovante la spesa effettivamente sostenuta. Circa la documentazione comprovante l'acquisto, si rileva che la Normativa richiede che sia documentato con "atto notarile".
- In caso di liquidazione a mezzo bonifico bancario il conto corrente deve essere intestato (o cointestato) all'avente diritto.
- Nel caso in cui l'anticipazione venga richiesta per un familiare (nei casi ove ciò sia consentito) occorre aggiungere, alla documentazione allegata, lo stato di famiglia in carta semplice che comprovi il grado di parentela. Non si accettano autocertificazioni.
- Per tutte le posizioni previdenziali gravate da vincolo a favore di società finanziaria per finanziamenti o cessioni del quinto in corso, è inibita qualsiasi possibilità di erogazione di prestazioni sino a completa estinzione del debito residuo (ad eccezione per la richiesta di spese sanitarie, laddove, nel caso in cui la richiesta totale rientri all'interno del 60%, si procederà a liquidare l'aderente e a dare successivamente comunicazione alla finanziaria. Se invece la richiesta è maggiore del 60%, occorre richiedere preventivamente l'autorizzazione alla società finanziaria).
  Occorre pertanto verificare se il cliente ha finanziamenti in corso, oppure li aveva e li ha estinti, nel qual caso occorre allegare la documentazione a riprova.

HDI Assicurazioni S.p.A. – Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma (IT) - Tel +39 06 421 031 – Fax +39 06 4210 3500 – hdi.assicurazioni@pec.hdia.it – www.hdiassicurazioni.it – Capitale Sociale € 351.000.000,00 i.v. – C.F., P.IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 – Società con unico azionista – Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022 – Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

Agenzia / Sub-Agenzia Cod. _____

di _____ Produttore Cod. _____

MODULO DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____

(Cognome e nome)

prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

via _____ n. _____ tel. _____ e-mail _____

in qualità di: ☐ Aderente ☐ Beneficiario ☐ Soggetto legittimato

Aderente _____

Iscritto alla seguente forma pensionistica complementare:

☐ **PREVIDENZA HDI – PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO – FONDO PENSIONE:**

Numero Polizza _____

☐ **AZIONE DI PREVIDENZA – FONDO PENSIONE APERTO:** Codice Adesione _____

Tipologia di adesione: ☐ Individuale ☐ Collettiva (Azienda _____)

RICHIEDE

ai sensi del Regolamento del Piano Individuale Pensionistico o del Regolamento del Fondo Pensione Aperto, la seguente liquidazione:

☐ **EROGAZIONE PER MATURAZIONE DEI REQUISITI D'ACCESSO ALLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA**

Percentuale del capitale maturato da erogare in unica soluzione _____ %

Tipologia e modalita di erogazione della rendita, al netto della eventuale quota da erogare in forma di capitale:

☐ a) vitalizia immediata ☐ b) certa per i primi 5 anni e successivamente vitalizia

☐ c) certa per i primi 10 anni e successivamente vitalizia ☐ d) reversibile per una quota del _____ %

☐ e) vitalizia con controassicurazione

Frazionamento: ☐ annuale ☐ semestrale ☐ trimestrale ☐ mensile

Beneficiario (solo per le rendite di cui ai punti b), c), d) ed e)) (in caso di piu nominativi si prega di allegare elenco al presente modulo):

Cognome e nome _____ nato/a _____

prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

via _____ n. _____ tel. _____ e-mail _____

☐ **RISCATTO**

☐ **parziale 50% per** ☐ disoccupazione (oltre12 mesi) ☐ procedure di mobilità ☐ cassa integrazione ordinaria o straordinaria

☐ **totale per** ☐ decesso ☐ disoccupazione (oltre 48 mesi) ☐ invalidita superiore a 2/3 ☐ cessazione dei requisiti ☐ altre cause

☐ **ANTICIPAZIONE** ☐ Percentuale ☐ Importo lordo ☐ Importo netto

☐ Spese sanitarie (max 75%)	_____ %	€ _____	€ _____
☐ Acquisto/ Ristrutturazione prima casa (max 75%)	_____ %	€ _____	€ _____
☐ Ulteriori esigenze non documentate (max 30%)	_____ %	€ _____	€ _____

LIQUIDAZIONE TRAMITE ☐ BONIFICO BANCARIO ☐ ASSEGNO CIRCOLARE

Istituto Bancario _____

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Intestato a _____

Il Sottoscritto prende atto che, in relazione ai documenti allegati ed indicati sul retro, la Compagnia ha, comunque, diritto in considerazione di particolari esigenze istruttorie, a richiedere ulteriore documentazione necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento ed a individuare gli aventi diritto.

Luogo e data _____ Il Richiedente _____ L'incaricato _____

DENUNCIA DEI PREMI NON DEDOTTI IN SEDE DI DICHIARAZIONE DEI REDDITI (Art. 8 comma 4 del D.Lgs. 252/2005)

Il sottoscritto dichiara di non aver dedotto o che non dedurra in sede di dichiarazione i seguenti premi versati:

Anno _____ € _____ , _____ Anno _____ € _____ , _____

Codice fiscale del Dichiarante | | | | | | | | | | | | | | | | Firma _____

Copia per il Cliente

DOCUMENTI DA ALLEGARE	TIPOLOGIA DELLA LIQUIDAZIONE									
	PRESTA-ZIONE PER RAGGIUNTI REQUISITI	RISCATTO					ANTICIPAZIONE			
		PARZIALE 50% PER DISOCCUPA-ZIONE	TOTALE PER DECESSO	TOTALE PER INVALIDITÀ SUPERIORE 2/3	TOTALE PER CESSATI REQUISITI	TOTALE PER DISOCCUPA-ZIONE	SPESE SANITARIE	ACQUISTO PRIMA CASA	RISTRUT-TURAZIONE PRIMA CASA	ULTERIORI ESIGENZE
MODULO DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DOCUMENTO DI IDENTITA'	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CODICE FISCALE / TESSERA SANITARIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CERTITIFICATO DI PENSIONAMENTO DELL'ENTE OBBL.DI APPARTENENZA	●									
CERT. DI DISOCCUPAZIONE O DOC. COMPROVANTE LO STATO DI CASSA INTEGR. O MOBILITA'		●				●				
RICHIESTA DEI BENEFICIARI IN CARTA SEMPLICE			●							
DOCUMENTO DI IDENTITA' DEI BENEFICIARI			●							
ORIGINALE MODULO DI ADESIONE O DICHIAR. DI SMARRIMENTO			●							
CERTIFICATO DI MORTE			●							
ATTO NOTORIO O, IN ALTERNATIVA, DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'			●							
AUTORIZZAZIONE DEL GIUDICE TUTELARE (IN CASO DI MINORI BENEFICIARI)			●							
CERTIFICATO DI INVALIDITA' (CON INDICAZIONE DELLA PERCENTUALE)				●						
LETTERA CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO RILASCIATA DAL DATORE					●					
PREVENTIVO DI SPESE MEDICHE O FATTURE / SCONTRINI							●			
CERTIFICAZIONE ASL DEL CARATTERE STRAORDINARIO DELLA TERAPIA O DELL'INTERVENTO (PER IMPORTO SUPER. €5.000,00)							●			
MODULO PRIVACY PER SPESE SANITARIE							●			
PROPOSTA DI ACQUISTO, PRELIMINARE DI VENDITA REGISTRATI O ROGITO NOTARILE (OPZIONALE CERTIFICATO DI MATRIMONIO)								●		
PREVENTIVO DELLA DITTA RISTRUTTURATRICE									●	
CERTIFICATO DI RESIDENZA									●	
ATTO DI ROGITO O VISURA CATASTALE (OPZIONALE CERTIFICATO DI MATRIMONIO)									●	

INDICAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- I preventivi di spesa rilasciati da medici, strutture sanitarie o ditte di ristrutturazione, vanno sempre prodotti su carta intestata, con timbro e firma dell'esercente, e con una chiara indicazione degli importi in euro.
- In caso di anticipazione per spese sanitarie, acquisto o ristrutturazione prima casa si rende necessario ai sensi della Normativa vigente che l'Aderente fornisca la documentazione fiscale comprovante la spesa effettivamente sostenuta. Circa la documentazione comprovante l'acquisto, si rileva che la Normativa richiede che sia documentato con "atto notarile".
- In caso di liquidazione a mezzo bonifico bancario il conto corrente deve essere intestato (o cointestato) all'avente diritto.
- Nel caso in cui l'anticipazione venga richiesta per un familiare (nei casi ove ciò sia consentito) occorre aggiungere, alla documentazione allegata, lo stato di famiglia in carta semplice che comprovi il grado di parentela. Non si accettano autocertificazioni.
- Per tutte le posizioni previdenziali gravate da vincolo a favore di società finanziaria per finanziamenti o cessioni del quinto in corso, è inibita qualsiasi possibilità di erogazione di prestazioni sino a completa estinzione del debito residuo (ad eccezione per la richiesta di spese sanitarie, laddove, nel caso in cui la richiesta totale rientri all'interno del 60%, si procederà a liquidare l'aderente e a dare successivamente comunicazione alla finanziaria. Se invece la richiesta è maggiore del 60%, occorre richiedere preventivamente l'autorizzazione alla società finanziaria).
  Occorre pertanto verificare se il cliente ha finanziamenti in corso, oppure li aveva e li ha estinti, nel qual caso occorre allegare la documentazione a riprova.

HDI Assicurazioni S.p.A. – Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma (IT) - Tel +39 06 421 031 – Fax +39 06 4210 3500 – hdi.assicurazioni@pec.hdia.it – www.hdiassicurazioni.it – Capitale Sociale € 351.000.000,00 i.v. – C.F., P.IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172 – Società con unico azionista – Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022 – Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

Agenzia / Sub-Agenzia Cod. _____

di _____ Produttore Cod. _____

MODULO DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____

(Cognome e nome)

prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

via _____ n. _____ tel. _____ e-mail _____

in qualità di: ☐ Aderente ☐ Beneficiario ☐ Soggetto legittimato

Aderente _____

Iscritto alla seguente forma pensionistica complementare:

☐ **PREVIDENZA HDI – PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO – FONDO PENSIONE:**

Numero Polizza _____

☐ **AZIONE DI PREVIDENZA – FONDO PENSIONE APERTO:** Codice Adesione _____

Tipologia di adesione: ☐ Individuale ☐ Collettiva (Azienda _____)

RICHIEDE

ai sensi del Regolamento del Piano Individuale Pensionistico o del Regolamento del Fondo Pensione Aperto, la seguente liquidazione:

☐ **EROGAZIONE PER MATURAZIONE DEI REQUISITI D'ACCESSO ALLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA**

Percentuale del capitale maturato da erogare in unica soluzione _____ %

Tipologia e modalita di erogazione della rendita, al netto della eventuale quota da erogare in forma di capitale:

☐ a) vitalizia immediata ☐ b) certa per i primi 5 anni e successivamente vitalizia

☐ c) certa per i primi 10 anni e successivamente vitalizia ☐ d) reversibile per una quota del _____ %

☐ e) vitalizia con controassicurazione

Frazionamento: ☐ annuale ☐ semestrale ☐ trimestrale ☐ mensile

Beneficiario (solo per le rendite di cui ai punti b), c), d) ed e)) (in caso di piu nominativi si prega di allegare elenco al presente modulo):

Cognome e nome _____ nato/a _____

prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

via _____ n. _____ tel. _____ e-mail _____

☐ **RISCATTO**

☐ **parziale 50% per** ☐ disoccupazione (oltre12 mesi) ☐ procedure di mobilità ☐ cassa integrazione ordinaria o straordinaria

☐ **totale per** ☐ decesso ☐ disoccupazione (oltre 48 mesi) ☐ invalidita superiore a 2/3 ☐ cessazione dei requisiti ☐ altre cause

☐ **ANTICIPAZIONE** ☐ Percentuale ☐ Importo lordo ☐ Importo netto

☐ Spese sanitarie (max 75%)	_____ %	€ _____	€ _____
☐ Acquisto/ Ristrutturazione prima casa (max 75%)	_____ %	€ _____	€ _____
☐ Ulteriori esigenze non documentate (max 30%)	_____ %	€ _____	€ _____

LIQUIDAZIONE TRAMITE ☐ BONIFICO BANCARIO ☐ ASSEGNO CIRCOLARE

Istituto Bancario _____

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Intestato a _____

Il Sottoscritto prende atto che, in relazione ai documenti allegati ed indicati sul retro, la Compagnia ha, comunque, diritto in considerazione di particolari esigenze istruttorie, a richiedere ulteriore documentazione necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento ed a individuare gli aventi diritto.

Luogo e data _____ Il Richiedente _____ L'incaricato _____

DENUNCIA DEI PREMI NON DEDOTTI IN SEDE DI DICHIARAZIONE DEI REDDITI (Art. 8 comma 4 del D.Lgs. 252/2005)

Il sottoscritto dichiara di non aver dedotto o che non dedurra in sede di dichiarazione i seguenti premi versati:

Anno _____ € _____ , _____ Anno _____ € _____ , _____

Codice fiscale del Dichiarante | | | | | | | | | | | | | | | | Firma _____

Copia per il Distributore

DOCUMENTI DA ALLEGARE	TIPOLOGIA DELLA LIQUIDAZIONE									
	PRESTA-ZIONE PER RAGGIUNTI REQUISITI	RISCATTO					ANTICIPAZIONE			
		PARZIALE 50% PER DISOCCUPA-ZIONE	TOTALE PER DECESSO	TOTALE PER INVALIDITÀ SUPERIORE 2/3	TOTALE PER CESSATI REQUISITI	TOTALE PER DISOCCUPA-ZIONE	SPESE SANITARIE	ACQUISTO PRIMA CASA	RISTRUT-TURAZIONE PRIMA CASA	ULTERIORI ESIGENZE
MODULO DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DOCUMENTO DI IDENTITA'	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CODICE FISCALE / TESSERA SANITARIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CERTITIFICATO DI PENSIONAMENTO DELL'ENTE OBBL.DI APPARTENENZA	●									
CERT. DI DISOCCUPAZIONE O DOC. COMPROVANTE LO STATO DI CASSA INTEGR. O MOBILITA'		●				●				
RICHIESTA DEI BENEFICIARI IN CARTA SEMPLICE			●							
DOCUMENTO DI IDENTITA' DEI BENEFICIARI			●							
ORIGINALE MODULO DI ADESIONE O DICHIAR. DI SMARRIMENTO			●							
CERTIFICATO DI MORTE			●							
ATTO NOTORIO O, IN ALTERNATIVA, DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'			●							
AUTORIZZAZIONE DEL GIUDICE TUTELARE (IN CASO DI MINORI BENEFICIARI)			●							
CERTIFICATO DI INVALIDITA' (CON INDICAZIONE DELLA PERCENTUALE)				●						
LETTERA CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO RILASCIATA DAL DATORE					●					
PREVENTIVO DI SPESE MEDICHE O FATTURE / SCONTRINI							●			
CERTIFICAZIONE ASL DEL CARATTERE STRAORDINARIO DELLA TERAPIA O DELL'INTERVENTO (PER IMPORTO SUPER. €5.000,00)							●			
MODULO PRIVACY PER SPESE SANITARIE							●			
PROPOSTA DI ACQUISTO, PRELIMINARE DI VENDITA REGISTRATI O ROGITO NOTARILE (OPZIONALE CERTIFICATO DI MATRIMONIO)								●		
PREVENTIVO DELLA DITTA RISTRUTTURATRICE									●	
CERTIFICATO DI RESIDENZA									●	
ATTO DI ROGITO O VISURA CATASTALE (OPZIONALE CERTIFICATO DI MATRIMONIO)									●	

INDICAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- I preventivi di spesa rilasciati da medici, strutture sanitarie o ditte di ristrutturazione, vanno sempre prodotti su carta intestata, con timbro e firma dell'esercente, e con una chiara indicazione degli importi in euro.
- In caso di anticipazione per spese sanitarie, acquisto o ristrutturazione prima casa si rende necessario ai sensi della Normativa vigente che l'Aderente fornisca la documentazione fiscale comprovante la spesa effettivamente sostenuta. Circa la documentazione comprovante l'acquisto, si rileva che la Normativa richiede che sia documentato con "atto notarile".
- In caso di liquidazione a mezzo bonifico bancario il conto corrente deve essere intestato (o cointestato) all'avente diritto.
- Nel caso in cui l'anticipazione venga richiesta per un familiare (nei casi ove ciò sia consentito) occorre aggiungere, alla documentazione allegata, lo stato di famiglia in carta semplice che comprovi il grado di parentela. Non si accettano autocertificazioni.
- Per tutte le posizioni previdenziali gravate da vincolo a favore di società finanziaria per finanziamenti o cessioni del quinto in corso, è inibita qualsiasi possibilità di erogazione di prestazioni sino a completa estinzione del debito residuo (ad eccezione per la richiesta di spese sanitarie, laddove, nel caso in cui la richiesta totale rientri all'interno del 60%, si procederà a liquidare l'aderente e a dare successivamente comunicazione alla finanziaria. Se invece la richiesta è maggiore del 60%, occorre richiedere preventivamente l'autorizzazione alla società finanziaria).
  Occorre pertanto verificare se il cliente ha finanziamenti in corso, oppure li aveva e li ha estinti, nel qual caso occorre allegare la documentazione a riprova.