



## 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:**

Numerico 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 modalità 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 più 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**

<input type="checkbox"/> parziale 50% per	<input type="checkbox"/> disoccupazione (oltre 12 mesi)	<input type="checkbox"/> procedure di mobilità	<input type="checkbox"/> cassa integrazione ordinaria o straordinaria
<input type="checkbox"/> totale per	<input type="checkbox"/> decesso	<input type="checkbox"/> disoccupazione (oltre 48 mesi)	<input type="checkbox"/> invalidità superiore a 2/3
			<input type="checkbox"/> cessazione dei requisiti
			<input type="checkbox"/> altre cause

**ANTICIPAZIONE**

Percentuale

Importo lordo

Importo netto

<input type="checkbox"/> Spese sanitarie (max 75%)	_____ %	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Acquisto/ Ristrutturazione prima casa (max 75%)	_____ %	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> 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 dedurrà in sede di dichiarazione i seguenti premi versati:

Anno \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Codice fiscale del Dichiarante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Originale per la Società'

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	SPESI SANITARIE	ACQUISTO PRIMA CASA	RISTRUTTURAZIONE PRIMA CASA	ULTERIORI ESIGENZE
MODULO DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DOCUMENTO DI IDENTITA'	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CODICE FISCALE / TESSERA SANITARIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CERTIFICATO 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.



## 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:**

Numerico 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 modalità 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 più 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**

<input type="checkbox"/> parziale 50% per	<input type="checkbox"/> disoccupazione (oltre 12 mesi)	<input type="checkbox"/> procedure di mobilità	<input type="checkbox"/> cassa integrazione ordinaria o straordinaria
<input type="checkbox"/> totale per	<input type="checkbox"/> decesso	<input type="checkbox"/> disoccupazione (oltre 48 mesi)	<input type="checkbox"/> invalidità superiore a 2/3
			<input type="checkbox"/> cessazione dei requisiti
			<input type="checkbox"/> altre cause

**ANTICIPAZIONE**

Percentuale

Importo lordo

Importo netto

<input type="checkbox"/> Spese sanitarie (max 75%)	_____ %	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Acquisto/ Ristrutturazione prima casa (max 75%)	_____ %	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> 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 dedurrà 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	SPESI SANITARIE	ACQUISTO PRIMA CASA	RISTRUTTURAZIONE PRIMA CASA	ULTERIORI ESIGENZE
MODULO DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DOCUMENTO DI IDENTITA'	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CODICE FISCALE / TESSERA SANITARIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CERTIFICATO 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.



## 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:**

Numerico 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 modalità 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 più 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**

<input type="checkbox"/> parziale 50% per	<input type="checkbox"/> disoccupazione (oltre 12 mesi)	<input type="checkbox"/> procedure di mobilità	<input type="checkbox"/> cassa integrazione ordinaria o straordinaria
<input type="checkbox"/> totale per	<input type="checkbox"/> decesso	<input type="checkbox"/> disoccupazione (oltre 48 mesi)	<input type="checkbox"/> invalidità superiore a 2/3
			<input type="checkbox"/> cessazione dei requisiti
			<input type="checkbox"/> altre cause

**ANTICIPAZIONE**

Percentuale

Importo lordo

Importo netto

<input type="checkbox"/> Spese sanitarie (max 75%)	_____ %	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Acquisto/ Ristrutturazione prima casa (max 75%)	_____ %	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> 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 dedurrà 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	SPESI SANITARIE	ACQUISTO PRIMA CASA	RISTRUTTURAZIONE PRIMA CASA	ULTERIORI ESIGENZE
MODULO DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DOCUMENTO DI IDENTITA'	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CODICE FISCALE / TESSERA SANITARIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CERTIFICATO 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.