

## **Richiesta contributo sussidio funerario**

(inoltrare richiesta entro 90 giorni dalla data del decesso)

Io sottoscritto/a.....

Coniuge / Convivente superstite di .....

deceduto/a il .....

matricola.....  dipendente  pensionato

telefono.....

cellulare.....

### **chiedo il riconoscimento del sussidio funerario a seguito del decesso:**

- Beneficiario Dipendente
- Beneficiario Pensionato
- Coniuge / Convivente superstite
- Figli a carico
- Altro familiare a carico .....

Regolamento UE n. 679/2016. Il Titolare del Trattamento è Fondazione A.T.M. I punti di contatto per il Titolare del trattamento e per il Responsabile della Protezione dei Dati Personali sono reperibili sul sito [www.fondazioneatm.it](http://www.fondazioneatm.it) La finalità del trattamento è la richiesta contributo sussidio funerario. I dati non verranno né divulgati, né utilizzati, né conservati ad altri fini se non quelli inerenti il processo aziendale di riferimento. Vengono garantiti tutti i diritti dell'interessato sanciti dalla normativa vigente e da ulteriori aggiornamenti legislativi: diritto di accesso, di rettifica, di cancellazione, di limitazione, di opposizione, diritto alla portabilità dei dati, diritto alla presentazione di reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali. Il trattamento dei dati personali può avvenire anche grazie a processi automatizzati ed informatizzati. La conservazione dei dati è legata alle esigenze del processo aziendale di riferimento. Non è previsto il trasferimento in paesi extra-UE dei dati personali raccolti. La sottoscrizione del presente modulo esprime il consenso al trattamento dei dati personali per la finalità sopra indicate.

....., .....

(Luogo)

(Data)

(Firma)

**Istanza di mantenimento all'iscrizione alla  
Gestione Sanitaria Integrativa della Fondazione ATM**

Io sottoscritto/a

- vedovo/a
- convivente more uxorio
- familiare a carico

del Beneficiario .....

matricola..... deceduto il .....

residente a.....in Via.....

c.a.p..... telefono..... cellulare .....

- DESIDERO RIMANERE** iscritto/a alla Gestione Sanitaria Integrativa della Fondazione ATM
- NON DESIDERO RIMANERE** iscritto/a alla Gestione Sanitaria Integrativa della Fondazione ATM

....., .....

(Luogo)

(Data)

(Firma)

Regolamento UE n. 679/2016. Il Titolare del Trattamento è Fondazione A.T.M. I punti di contatto per il Titolare del trattamento e per il Responsabile della Protezione dei Dati Personali sono reperibili sul sito [www.fondazioneatm.it](http://www.fondazioneatm.it) La finalità del trattamento è la richiesta contributo sussidio funerario. I dati non verranno né divulgati, né utilizzati, né conservati ad altri fini se non quelli inerenti il processo aziendale di riferimento. Vengono garantiti tutti i diritti dell'interessato sanciti dalla normativa vigente e da ulteriori aggiornamenti legislativi: diritto di accesso, di rettifica, di cancellazione, di limitazione, di opposizione, diritto alla portabilità dei dati, diritto alla presentazione di reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali. Il trattamento dei dati personali può avvenire anche grazie a processi automatizzati ed informatizzati. La conservazione dei dati è legata alle esigenze del processo aziendale di riferimento. Non è previsto il trasferimento in paesi extra-UE dei dati personali raccolti. La sottoscrizione del presente modulo esprime il consenso al trattamento dei dati personali per la finalità sopra indicate.

....., .....

(Luogo)

(Data)

(Firma)

**ADESIONE AL R.I.D.**

 Se si intende aderire al RID, barrare qui, **compilare e firmare il riquadro (A) e firmare anche il riquadro (B)**
 **SOLO COORDINATE BANCARIE**

 Se **non** si intende aderire al RID ma si vogliono ricevere i rimborsi sul proprio conto corrente bancario, barrare qui e **compilare e firmare solo il riquadro (A)**

## (A) COMUNICAZIONE COORDINATE BANCARIE

Da compilare e firmare per ricevere sul proprio conto corrente bancario i rimborsi riconosciuti dalla Fondazione ATM

### DATI DEL BENEFICIARIO (compilare con la massima cura in carattere stampatello ed in modo ben leggibile)

 Pensionato/a ATM

 Pensionato Fondazione ATM

Matricola .....

Cognome ..... Nome .....

Indirizzo ..... Località.....

CAP ..... Tel ..... Cellulare .....

CODICE FISCALE (obbligatorio)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### CODICE IBAN DEL CONTO CORRENTE

(si può trovare sui documenti della Banca, ad esempio l'estratto conto, o può essere richiesto direttamente alla Banca stessa)

I	T																													
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(aggiungere 25 caratteri, solo numeri o lettere dell'alfabeto; non trascrivere spazi, barre, trattini, punti o altri segni)

Data ..... Firma del Beneficiario .....

## (B) R.I.D. - AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADDEBITO IN C/C

Da compilare e firmare per autorizzare la Fondazione ATM a trattenere le somme dovute dal proprio conto corrente bancario

 AZIENDA CREDITRICE: **FONDAZIONE ATM - VIA CARLO FARINI 9 - 20154 MILANO MI** CODICE SIA: **AEFFN**

Il debitore autorizza la Banca presso la quale è aperto il c/c identificato dall'IBAN sopra riportato ad addebitare sul c/c stesso, nella data di scadenza indicata dall'Azienda creditrice, tutti gli addebiti diretti RID inviati dalla stessa Azienda creditrice e contrassegnati con le coordinate dell'Azienda creditrice su riportate (o aggiornate d'iniziativa dell'Azienda), a condizione che vi siano sul c/c da addebitare disponibilità sufficienti al momento dell'esecuzione dell'operazione di addebito.

Il debitore ha diritto di revocare il singolo addebito diretto RID entro il giorno lavorativo precedente la data di scadenza indicata dall'Azienda creditrice e di chiedere il rimborso di un addebito diretto RID autorizzato entro 8 settimane dalla data di addebito, secondo gli accordi ed alle condizioni previsti nel contratto del conto corrente sopra indicato (di seguito "Contratto di conto corrente") che regolano il rapporto con la Banca del debitore.

Il debitore ha facoltà di recedere in ogni momento, senza penalità e senza spese, dal presente accordo, mediante revoca dell'autorizzazione. La Banca del debitore ha facoltà di recedere dal presente accordo con un preavviso non inferiore a due mesi, da darsi mediante comunicazione scritta, fatte salve eventuali ulteriori disposizioni previste nel Contratto di conto corrente.

Il debitore prende atto che sono applicate le condizioni già indicate nel medesimo contratto di conto corrente, in precedenza sottoscritto fra il debitore e la sua Banca, o in mancanza le condizioni rese pubbliche presso gli sportelli della Banca e tempo per tempo vigenti. Per quanto non espressamente previsto dal presente accordo, sono applicabili le norme del contratto di contocorrente.

Data ..... Firma del Sottoscrittore .....

## AUTOCERTIFICAZIONE

(dichiarazione sostitutiva – art. 46 e art. 47 – D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) ..... (*nome*) .....

nato/a ..... prov. .... il .....

intestatario/a della Fattura n. .... emessa in data .....

Dall' impresa.....

- consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;

### DICHIARO/A CHE

#### LE SPESE FUNERARIE SONO STATE SOSTENUTE DA :

(*cognome*) ..... (*nome*) .....

(*cognome*) ..... (*nome*) .....

### SI ALLEGANO:

- fotocopia carta identità completa (fronte-retro) dell'intestatario della fattura;
- codice fiscale completo (fronte-retro) dell'intestatario della fattura.

.....  
(Luogo)

.....  
(Data)

.....  
(Firma)

### AVVERTENZE

Si precisa che Fondazione ATM si riserva il diritto di effettuare i controlli e i riscontri opportuni.  
La falsa dichiarazione fa decadere il diritto del sussidio richiesto per il riconoscimento del contributo.

## ▮ Documentazione richiesta per contributo sussidio funerario:

- Fotocopia del certificato di morte.
- Fattura in originale delle spese funerarie sostenute dal Coniuge superstite; diversamente allegare “autocertificazione” per dichiarazione spese di compartecipazione” (pag. 4 del presente modulo), carta identità e codice fiscale dell’intestatario della fattura.  
Non è ammessa “autocertificazione” per il Convivente superstite che deve tassativamente essere intestatario della fattura.
- Fotocopia completa (fronte-retro) carta d’identità e codice fiscale del Coniuge / Convivente superstite.
- Coordinate bancarie per accredito del sussidio da riportare sul Modulo RID (pag. 3 del presente modulo)
- Certificato di stato di famiglia (*solo se per convivente more uxorio*)
- Fotocopia del Modello ISEE completo aggiornato in corso di validità.

## ▮ Documentazione richiesta per Istanza di mantenimento per l’iscrizione alla Gestione Sanitaria Integrativa della Fondazione ATM:

### BENEFICIARIO PENSIONATO

- Fotocopia completa del certificato della liquidazione della pensione di reversibilità
- Fotocopia completa del certificato di pensione del Coniuge superstite (*se percepita*)

### BENEFICIARIO DIPENDENTE

- Fotocopia dell’ultimo listino paga ordinario, del/della dipendente deceduto/a
- Fotocopia completa del modello CU (*per redditi da lavoratore dipendente*)
- Certificato di frequenza scolastica (*per figli maggiorenni a carico oltre il 18esimo anno di età*)

L’entità del contributo è stabilita a seconda della fascia di reddito ISEE, come indicato nella seguente tabella:

FASCE ISEE €	ENTITÀ CONTRIBUTO		
	DIPENDENTE	PENSIONATO	FAMILIARE
0-15.000	2.000,00 €	1.500,00 €	750,00 €
15.000-25.000	1.200,00 €	800,00 €	500,00 €
+ 25.000	750,00 €	500,00 €	300,00 €