

**GESTIONE PERIODO TRANSITORIO PIANO SANITARIO 2018-2019**
**Autorizzazione alla prestazione in forma diretta per Titolari e i componenti il nucleo già assicurato nel 2017<sup>1</sup>**
**RICHIESTA DI**       **PREATTIVAZIONE**                       **PRENOTAZIONE**
**PRESTAZIONE DI RICOVERO E CURE ONCOLOGICHE**
**IN RETE CONVENZIONATA**

(Ricoveri con o senza intervento chirurgico, anche in day hospital, anche ambulatoriali, o per parto e tutte le cure oncologiche)

**Attenzione:** leggere l'informativa relativa al D. Lgs. 196/2003 sul retro ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili. In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

 Il presente modulo, **interamente compilato e sottoscritto**, va inoltrato a:

- mezzo fax al numero **0422 1744 524 oppure 0422 1744 526**
- mezzo mail a [dirette.unica@previmedical.it](mailto:dirette.unica@previmedical.it) specificando in oggetto: richiesta di prenotazione/preattivazione 2018

**DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

 Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**CATEGORIA:** PERSONALE IN SERVIZIO  PERSONALE IN ESODO ANTICIPATO  PERSONALE IN QUIESCENZA/FONDO SOCIALE 

Il sottoscritto, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di aver preso visione dell'Informativa Piano Sanitario 2018-2019 pubblicata sul sito .....
- di aver preso atto degli eventuali costi a proprio carico
- di impegnarsi a sottoscrivere per l'anno 2018 la seguente polizza del Piano Sanitario 2018 – 2019 e a non modificare la scelta ivi effettuata, fatta salva l'ipotesi di adesione ad opzione di livello superiore ("upgrade")
- di essere consapevole che la presente richiesta, in assenza di sottoscrizione dell'offerta di adesione, rappresenta in ogni caso vincolo di iscrizione per se stesso, in qualità di titolare e dell'eventuale familiare per cui chiede la prestazione di ricovero, al Piano Sanitario 2018-2019 all'opzione indicata
- che il familiare per cui richiede la prestazione di ricovero in rete convenzionata possiede i requisiti di inclusione previste dal programma di assistenza 2018 – 2019 predisposto da Uni.C.A.

**BASE p** (solo per il personale in quiescenza)  **BASE + p** (solo per il personale in quiescenza)  **STANDARD p** (solo per il personale in quiescenza) 
**PLUS p** (solo per il personale in quiescenza)  **EXTRA p** (solo per il personale in quiescenza)  **OVER 85** (solo per il personale in quiescenza) 
**NUOVA PLUS** (solo Dipendenti/Esodati)  **EXTRA** (solo Dipendenti/Esodati) 

FIRMA DEL TITOLARE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TITOLARE PER PRESA VISIONE DEL PROSPETTO PREZZI DELLA COPERTURA (per titolare in quiescenza/familiari a pagamento)

**DATI ANAGRAFICI ASSISTITO (colui che deve fruire della prestazione sanitaria diretta, SE DIVERSO DAL TITOLARE)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

PARENTELA CON IL TITOLARE \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> semprechè permangano le condizioni di iscrivibilità nel 2018

**PRESTAZIONI DI RICOVERO:**

RICOV. CON INTERV.  RICOV. SENZA INTERV.(medico)  RICOV. SENZA INTERV. GEM  DAY HOSPITAL CON INTERV.   
 DAY HOSPITAL SENZA INTERV.  RICOV. SENZA INTERV. PER RIABILITAZIONE POST CHIR.  RICOV. LUNGO DEGENZA   
 INTERV. AMBULATORIALE  PARTO SPONTANEO  PARTO CESAREO

**NOMINATIVO DEL CHIRURGO/MEDICO** \_\_\_\_\_

Attenzione: perché il servizio di pagamento in forma convenzionata possa essere erogato, è necessario che sia la Struttura Sanitaria sia l'equipe medica e chirurgo abbiano aderito alla Convenzione ed accettato le relative condizioni economiche. In caso contrario, tutte le spese rimarranno a carico dell'assistito che procederà successivamente alla richiesta di rimborso in forma indiretta.

Si ricorda che per le prestazioni di ricovero è **obbligatorio inviare, unitamente al presente modulo, il certificato medico indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta, a mezzo fax o tramite e-mail, almeno 48 ore lavorative prima della data prevista per la prestazione.**

**STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA SCELTA** \_\_\_\_\_ **PROV.** \_\_\_\_\_

**Per la PREATTIVAZIONE:** Indicare la DATA e l'ORA in cui ha prenotato il Ricovero \_\_\_\_\_

**Per la richiesta di PRENOTAZIONE:** Indicare PERIODO UTILE DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

GG. NON DISPONIBILI \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

**CURE ONCOLOGICHE:**

CHEMIOTERAPIA  RADIOTERAPIA  ALTRE TERAPIE FINALIZZATE ALLE CURE ONCOLOGICHE

Attenzione: perché il servizio di pagamento in forma convenzionata possa essere erogato, è necessario che a Struttura Sanitaria abbia aderito alla Convenzione ed accettato le relative condizioni economiche. In caso contrario, tutte le spese rimarranno a carico dell'assistito che procederà successivamente alla richiesta di rimborso in forma indiretta.

Si ricorda che per le prestazioni Cure Oncologiche è **obbligatorio inviare, unitamente al presente modulo, la prescrizione medica indicante la diagnosi di malattia accertata e la prestazione richiesta, a mezzo fax o tramite e-mail, almeno 48 ore lavorative prima della data prevista per la prestazione.**

**STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA SCELTA** \_\_\_\_\_ **PROV.** \_\_\_\_\_

**Per la PREATTIVAZIONE:** Indicare la DATA e l'ORA in cui ha prenotato la prestazione \_\_\_\_\_

**Per la richiesta di PRENOTAZIONE:** Indicare PERIODO UTILE DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

GG. NON DISPONIBILI \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dati personali – D.Lgs. 196/2003**

Con la sottoscrizione della presente, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, il Titolare del Piano di Assistenza e/o il familiare per cui si chiede il rimborso, in qualità di Interessato dal trattamento, autorizza Cassa Uni.C.A., in qualità di Titolare del Trattamento dei Dati, al trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini richiesti dall'Interessato nonché alle successive attività inerenti la richiesta di rimborso spese sanitarie stessa. In mancanza di autorizzazione dell'Interessato, le attività affidate non potranno essere espletate. In caso di autorizzazione, all'Interessato sono garantiti tutti i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.Lgs. n. 196/2003. Tutti i dati personali e sensibili sono pertanto conservati e trattati in ossequio alla normativa vigente (D.Lgs. 196/2003), attraverso strumenti informatici tali da garantire la sicurezza e la riservatezza delle informazioni. Cassa Uni.C.A. si può rivolgere a Società esterne per l'esercizio di alcune delle attività su indicate, trasferendo a queste i suddetti dati sempre in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge. L'elenco di tali Società è disponibile presso la sede di Cassa Uni.C.A., nonché sul sito internet [www.unica.previmedical.it](http://www.unica.previmedical.it) e la sua consultazione è libera e permessa in qualunque momento. Tali Società utilizzeranno i dati personali e sensibili in qualità di Responsabili del Trattamento garantendone la riservatezza ed un'adeguata conservazione. Gli Interessati possono accedere liberamente alle informazioni che li riguardano e possono chiedere di conoscere le fonti nonché la logica e le finalità per le quali si acconsente al loro trattamento; inoltre possono richiedere la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati ovvero di opporsi al trattamento degli stessi. Ulteriori informazioni potranno essere richieste al Titolare del Trattamento Cassa Uni.C.A., UniCredit Cassa di Assistenza per il Personale del Gruppo UniCredit, con sede in Via Nizza 150, CAP 10126 - TORINO. Letta l'informativa relativa al trasferimento della documentazione elencata e alla comunicazione dei dati necessari alla richiesta di prestazioni sanitarie, se ne autorizza il trattamento esclusivamente ai fini su indicati.

DATA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_ FIRMA PER CONSENSO \_\_\_\_\_