

Trasmettere utilizzando il seguente canale:

- **Dipendenti:** HR web ticket sez. Benefits
- **Esodati:** [ucipolsan@unicredit.eu](mailto:ucipolsan@unicredit.eu)
- **Pensionati:** [polsanpen@unicredit.eu](mailto:polsanpen@unicredit.eu)

All'attenzione di ES SSC per Uni.C.A.  
Via Marco d'Aviano 5 – 20131 Milano

**Oggetto: richiesta di modifica dell'adesione on line 2018, ai sensi della delibera del CdA di Uni.C.A. del 1.3.2018**

Il sottoscritto/ La sottoscritta ..... **PENSIONATO/A**

codice fiscale .....

ai sensi di quanto previsto dalla delibera del CdA di Uni.C.A. del 1.3.2018 (pubblicata sul sito di Uni.C.A. in data 2.3.2018) di cui dichiara di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni ivi previste, **chiede** di poter effettuare la seguente **modifica dell'adesione on line** (processo terminato il 9.2.2018):

*crocesegnare la richiesta*

**Familiari**

- Inserimento  
 Revoca

**Piano sanitario**

- Adesione a seguito di errata Rinuncia  
 Upgrade polizza (solo per Dipendenti/Esodati)  
 Rinuncia a seguito di errata Adesione (solo per Pensionati/Superstiti)

**Coperture odontoiatriche opzionali a pagamento (Dipendenti/Esodati)**

- Adesione  
 Variazione  
 Revoca

**Coperture opzionali integrative del piano sanitario a pagamento (Dipendenti)**

- Adesione  
 Revoca

Descrizione sintetica della modifica richiesta:

- .....
- 1) **Allego il modulo di adesione "ex novo" (che sostituisce integralmente la precedente adesione on line) compilato e sottoscritto in ogni sua parte. Sono consapevole che la mancata compilazione e/o sottoscrizione comporteranno l'impossibilità di dar seguito alla mia richiesta.**
  - 2) **Se Dipendente/Esodato**, nei casi in cui la **penale** sia dovuta ai sensi della sopracitata delibera, **autorizzo l'addebito della penale che sarà effettuato tramite la stessa modalità che ho già autorizzato per il pagamento del contributo annuo a mio carico.**
  - 3) **Se Pensionato/Superstite**, nei casi in cui la **penale** sia dovuta ai sensi della sopracitata delibera, allego copia della contabile del **bonifico** bancario effettuato a favore di Uni.C.A. **Intestazione:** UNI.C.A. UNICREDIT CASSA ASSISTENZA PER IL PERSONALE DEL GRUPPO UNICREDITO ITALIANO; **Iban:** IT45D0200801107000040786465; **Swift/BIC:** UNCRITM1AA7; **Causale:** "Penale per richiesta tardiva di modifica dell'adesione on line".
  - 4) In caso di richiesta di revoca di una copertura (o di un familiare), consapevole delle responsabilità penali e civili conseguenti a false dichiarazioni, dichiaro di non aver finora utilizzato la copertura di cui chiedo la revoca e mi impegno a non utilizzarla nell'arco di tempo intercorrente tra la mia richiesta e il recepimento della revoca da parte del Provider competente. In ogni caso, autorizzo sin d'ora l'addebito di eventuali prestazioni indebitamente rimborsate che sarà effettuato tramite la stessa modalità che ho già autorizzato per il pagamento del contributo annuo a mio carico.

DATA.....


FIRMA.....



**AVVERTENZA: la mancata trasmissione del modulo SEPA, compilato e sottoscritto, comporta il mancato perfezionamento dell'adesione ai Piani Sanitari 2018-2019 con la conseguente applicazione degli effetti previsti dalle vigenti previsioni statutarie per il caso di mancata osservanza dell'obbligo di versare il contributo dovuto**

**Restituire il Modulo SEPA compilato:**

- a) in caso di **adesione on line**: alla casella mail [polsanpen@unicredit.eu](mailto:polsanpen@unicredit.eu), oppure via fax al numero: 02/97688702;  
 b) in caso di **adesione su modulo cartaceo** (non on line): **unitamente** alla trasmissione del modulo di Adesione al Piano sanitario

<b>COMPILARE SOLO I CAMPI CONTRASSEGNA TI DALLE LETTERE A, B, C.</b>	<b>MANDATO PER ADDEBITO DIRETTO SEPA</b> Riferimento del Mandato (da indicare a cura del Creditore)	
--	--	---

La sottoscrizione del presente mandato comporta:  
 (A) l'autorizzazione a Uni.C.A. a richiedere alla Banca del debitore l'addebito del suo conto e  
 (B) l'autorizzazione alla Banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Uni.C.A.  
 Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima.  
 Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

<b>Nome del debitore (*)</b> Cognome e nome / Ragione sociale	<b>A</b>	
<b>Codice fiscale del debitore (*)</b>	<b>A</b>	
<b>Indirizzo (*)</b> Via/P.zza/C.so e numero civico	<b>A</b>	
<b>Località e CAP (*)</b>	<b>A</b>	
<b>Paese (*)</b>	<b>A</b>	
<b>Conto di addebito (*)</b> Indicare l' IBAN del titolare del conto di	<b>A</b>	
<b>SWIFT BIC (*)</b> Presso la Banca : Indicare il codice SWIFT (BIC)	<b>A</b>	

<b>Nome del Creditore (*)</b> Ragione sociale del Creditore	Uni.C.A. – Unicredit Cassa di assistenza per il personale del gruppo Unicredito
<b>Codice identificativo del Creditore (*)</b> Creditor Identifier	IT53ZZZ0000097450030156
<b>Sede legale (*)</b> Via/P.zza/C.so e numero civico	Via S. Protaso n. 1
<b>Località e CAP (*)</b>	20121 Milano
<b>Paese (*)</b>	Italia

<b>Tipo di pagamento (*)</b>	Ricorrente ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Singolo ( <input type="checkbox"/> )
<b>Luogo e data (*) di sottoscrizione</b>	<b>B</b>	Firma (*) <b>C</b>

Nota: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca

<b>Dati concernenti il rapporto sottostante fra Creditore e Debitore. A mero scopo informativo.</b>	
<b>Codice identificativo del debitore</b> Indicare il codice di riferimento che si vuole che la Banca del debitore citi nell' addebito	
<b>Soggetto per conto del quale viene effettuato il pagamento (se del caso)</b> Nome della controparte di riferimento del debitore: se si effettua un pagamento relativo a un contratto tra (NOME DEL CREDITORE) e un altro soggetto diverso dal debitore indicato nel presente mandato (ad es. pagamento di fatture intestate a terzi) indicare il nominativo di tale soggetto. Se il pagamento concerne il sottoscrittore lasciare in bianco.	
<b>Codice identificativo della controparte di riferimento del debitore</b> Via/P.zza/C.so/Largo/Strada e numero civico	
<b>Codice identificativo della controparte di riferimento del creditore</b> Il creditore deve compilare questo campo se richiede pagamenti per conto di altro soggetto	

<b>Riferimenti del contratto:</b>	Numero identificativo del contratto sottostante
	Descrizione del contratto: <b>Sottoscrizione copertura sanitaria Uni.C.A. 2018/2019</b>

Riservato al creditore
------------------------

**NUCLEO FAMILIARE - PER L'INCLUSIONE IN COPERTURA E' OBBLIGATORIO BARRARE E COMPILARE TUTTI I RIQUADRI PER OGNI FAMILIARE CHE SI VUOLE INSERIRE**

COD. FAM. ★		DATA E LUOGO DI NASCITA		COGNOME				NOME		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>		
SESSO		CODICE FISCALE		FISCALMENTE A CARICO		CONVIVENTE		INCLUSIONE A PAGAMENTO		COD. ALTRO ★
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>
COD. FAM. ★		DATA E LUOGO DI NASCITA		COGNOME				NOME		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>		
SESSO		CODICE FISCALE		FISCALMENTE A CARICO		CONVIVENTE		INCLUSIONE A PAGAMENTO		COD. ALTRO ★
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>
COD. FAM. ★		DATA E LUOGO DI NASCITA		COGNOME				NOME		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>		
SESSO		CODICE FISCALE		FISCALMENTE A CARICO		CONVIVENTE		INCLUSIONE A PAGAMENTO		COD. ALTRO ★
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>
COD. FAM. ★		DATA E LUOGO DI NASCITA		COGNOME				NOME		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>		
SESSO		CODICE FISCALE		FISCALMENTE A CARICO		CONVIVENTE		INCLUSIONE A PAGAMENTO		COD. ALTRO ★
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>

DATA ..... FIRMA .....

(★) C = CONIUGE - F = FIGLIO - A = ALTRO FAMILIARE (1: GENITORE - 2: SUOCERO/A - 3: FRATELLO/SORELLA - 4: COGNATO/A - 5: GENERO/NUORA - 7: CONVIVENTE MORE UXORIO 9: FAMILIARE DIVERSO DAI PRECEDENTI)

Restituire il modulo di adesione nella sua interezza, previa compilazione e sottoscrizione di tutte le parti ove richiesto.

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E L'INVIO

Il modulo deve essere completato con le informazioni previste.

### **Familiari inclusi nel contributo a carico del pensionato**

CONIUGE e FIGLI fiscalmente a carico sono inclusi in copertura senza oneri per il pensionato e a prescindere dalla convivenza, purché indicati nel modulo di adesione. Si precisa che **ai fini della polizza, sono considerati familiari fiscalmente a carico il coniuge e i figli per i quali il titolare usufruisca delle detrazioni spettanti come da vigenti norme fiscali. Si terrà conto della situazione così come risultante in base al diritto alle detrazioni per carichi di famiglia dell'anno precedente quello di riferimento.**

### **Familiari includibili dietro pagamento di contributo aggiuntivo**

Possono essere inclusi in copertura con onere aggiuntivo a carico del pensionato, purché indicati nel modulo di adesione:

1. il CONIUGE non fiscalmente a carico, a prescindere dalla convivenza
2. il CONVIVENTE more uxorio risultante dallo stato di famiglia
3. i FIGLI non fiscalmente a carico, se conviventi secondo lo stato di famiglia
4. ALTRI FAMILIARI (fiscalmente a carico o non), se conviventi secondo lo stato di famiglia (dovrà essere indicato il "Cod. altro" nell'apposita casella), tale possibilità è riservata solo ai titolari di polizza EXTRA P
5. FIGLI NON CONVIVENTI E NON FISCALMENTE A CARICO SINO AL 35° ANNO DI ETÀ, PURCHÉ NON FACENTI PARTE DI AUTONOMO NUCLEO FAMILIARE (NON CONIUGATI NÉ CONVIVENTI MORE UXORIO) CON LIMITE DI REDDITO COMPLESSIVO DI € 26.000,00 ANNUI LORDI

L'inclusione di cui ai punti 1/2/3/4 è consentita a condizione che la copertura sia estesa a **tutti i componenti del nucleo familiare risultanti dallo stato di famiglia** (è possibile escludere chi abbia già una propria copertura sanitaria, inviando con il presente modulo una dichiarazione dell'ente che fornisce tale copertura).

### **Indicazioni per la compilazione dei campi relativi ai componenti del NUCLEO FAMILIARE**

Per verificare la corretta inclusione dei familiari i cui nomi sono già stampati sul modulo e aggiungerne eventuali altri, seguire le istruzioni qui sotto. La compilazione di queste caselle è OBBLIGATORIA.

COD. FAM.	"C" = CONIUGE, "F" = FIGLIO, "A" = ALTRO FAMILIARE.
DATA E LUOGO DI NASCITA	GIORNO, MESE E ANNO DI NASCITA del familiare, in formato GG / MM / AAAA. E LUOGO DI NASCITA CON PROVINCIA
COGNOME E NOME	COGNOME e NOME del familiare.
SESSO	Barrare la casella "M" se MASCHIO, "F" se FEMMINA.
CODICE FISCALE	Deve essere sempre indicato.
FISCALMENTE A CARICO	Barrare la casella "SI" se il familiare è fiscalmente a carico. Altrimenti barrare il "NO"
CONVIVENTE	Barrare la casella "SI" per il CONVIVENTE more uxorio, i FIGLI conviventi non fiscalmente a carico, il coniuge e gli ALTRI FAMILIARI conviventi (fiscalmente a carico o non) risultanti dallo stato di famiglia. Altrimenti barrare il "NO"
INCLUSIONE IN GARANZIA A PAGAMENTO	Barrare la casella <b>SI</b> per il CONIUGE non fiscalmente a carico, il CONVIVENTE more uxorio, i FIGLI conviventi non fiscalmente a carico, gli ALTRI FAMILIARI conviventi (fiscalmente a carico o non). Altrimenti barrare il "NO"

### **Variazioni successive al nucleo familiare**

Ogni variazione successiva riguardante le persone incluse nella copertura e l'inclusione in garanzia di nuovi familiari (cfr. la sezione Inserimenti / Revoche / Variazioni del Testo Unico - Normativa di adesione ai Piani Sanitari 2018-2019) deve essere tempestivamente comunicata con lettera a ES SSC per Uni.C.A.- Via Marco D'Aviano 5 -20131 MILANO o con E-mail alla casella [polsanpen@unicredit.eu](mailto:polsanpen@unicredit.eu).

### **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. N. 196/2003**

Uni.C.A., con sede in Milano, Via San Protaso n. 1, in qualità di "Titolare" del trattamento, desidera informarla che i dati personali di cui viene in possesso (relativi ai propri associati: dipendenti o ex dipendenti e relativi familiari), sono forniti direttamente dall'Assistito, ovvero raccolti per il tramite dell'azienda di cui l'Assistito è o è stato dipendente.

**I) Finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati.** I Suoi dati personali saranno trattati attraverso l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici ed esclusivamente per le seguenti finalità di: 1) adempimento agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria, ovvero a disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge. Il conferimento dei dati personali necessari a tali finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il consenso degli interessati. 2) finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con gli Assistiti (e.g. adesione al Programma di Assistenza).

Il conferimento dei dati personali necessari a tali finalità non è obbligatorio, ma il rifiuto di fornirli può comportare – in relazione al rapporto tra il dato ed il servizio richiesto – l'impossibilità di Uni.C.A. a prestare il servizio stesso. Il relativo trattamento non richiede il consenso dell'interessato.

**II) Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o incaricati.** Per lo svolgimento delle citate attività Uni.C.A. potrebbe rivolgersi a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli, in qualità di autonomi Titolari o di Responsabili del trattamento, per l'effettuazione di lavorazioni necessarie per l'erogazione delle prestazioni dell'Associazione o dei servizi richiesti relativamente alle pratiche di rimborso in genere. L'elenco delle suddette società è disponibile presso la sede di Uni.C.A. nonché sul Sito <http://unica.unicredit.it>. Possono inoltre venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati, relativamente ai dati necessari allo svolgimento delle mansioni assegnate le persone fisiche appartenenti alle seguenti categorie: i lavoratori dipendenti di Uni.C.A. o presso di essa distaccati; i lavoratori interinali; gli stagisti; i consulenti ed i dipendenti delle società esterne nominate Responsabili. **III) Diritti dell'interessato.** In qualsiasi momento, l'Assistito potrà verificare i dati che lo riguardano, ed eventualmente farli aggiornare, correggere o integrare, cancellare, trasformare in forma anonima o bloccare, e potrà opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano (ai sensi dell'art. 7 del citato Decreto). **IV) Titolare.** Il Titolare del trattamento è Uni.C.A., con sede in Milano, Via San Protaso n. 1, mentre l'indirizzo al quale l'Assistito può rivolgersi per l'esercizio dei diritti di cui sopra è Via Nizza 150 - 10126 Torino. **CONSENSO:** Letta l'Informativa fornitami, esprimo il consenso alla comunicazione dei dati ai soggetti che svolgono per conto di Uni.C.A. i trattamenti di cui al punto 2) della Sezione I dell'informativa suddetta (finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con la clientela) ed ai correlati trattamenti effettuati da tali soggetti.

DATA .....

FIRMA .....