

da trasmettere a **ES SSC per Uni.C.A.**  
mail: [polsanpen@unicredit.eu](mailto:polsanpen@unicredit.eu)  
oppure fax: 02/97688702

**RICHIESTA DICHIARAZIONE COPERTURA ESTERO POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE  
GESTIONE PERIODO TRANSITORIO PIANO SANITARIO 2018-2019**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, appartenente alla categoria

PERSONALE IN SERVIZIO  PERSONALE IN ESODO ANTICIPATO  PERSONALE IN QUIESCENZA/FONDO SOCIALE

titolare dell'Assistenza Sanitaria, richiede per i nominativi sottoelencati una dichiarazione nella quale si attesti che gli

stessi sono coperti da polizza Rimborso Spese Mediche dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per la seguente

motivazione: \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI**

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

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

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

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

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

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

Il sottoscritto, **Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di aver preso visione delle informative sull'Assistenza Sanitaria pubblicate sul sito <https://unica.unicredit.it>
- 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 dichiarazione di copertura, al Piano Sanitario 2018-2019 all'opzione indicata
- che il familiare per cui richiede la dichiarazione di copertura possiede i requisiti di inclusione previste dal programma di assistenza 2018 – 2019 predisposto da Uni.C.A.

**BASE**(solo per il personale in quiescenza)  **BASE +** (solo per il personale in quiescenza)  **STANDARD P**(solo per il personale in quiescenza)

**PLUS** (solo per il personale in quiescenza)  **EXTRA** (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)

\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_