

**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

**COMPILARE SOLO I CAMPI CONTRASSEGNA TI  
DALLE LETTERE A, B, C.**

**MANDATO PER ADDEBITO DIRETTO SEPA**  
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.

**(I campi contrassegnati con asterisco (\*) sono obbligatori)**

<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 pagamento	<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>	<b>Firma (*) C</b>

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

**Dati concernenti il rapporto sottostante fra Creditore e Debitore. A mero scopo informativo.**

<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</b> di riferimento del debitore 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
--	------------------------