

Trasmettere utilizzando il seguente canale:

- **Dipendenti:** HR web ticket sez. Benefits
- **Esodati:** ucipolsan@unicredit.eu
- **Pensionati:** 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 **DIPENDENTE**

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.....

(MI)

Il sottoscritto Cod.Fiscale
Matr. Soc.

ADERISCE a Uni.C.A. per il periodo 1/1/2018 - 31/12/2019 e sceglie il seguente PIANO (barrare la scelta)

NUOVA PLUS **EXTRA**

ed alla copertura obbligatoria COLLETTIVA DENTARIA solo per il TITOLARE per il periodo 1/1/2018 - 31/12/2019

e **ADERISCE alle seguenti opzioni relative alle coperture odontoiatriche (facoltative):**

ESTENSIONE COLLETTIVA DENTARIA al nucleo familiare assicurato con Uni.C.A., per il periodo 01/01/2018-31/12/2019 al costo ANNUO di € 500.

COPERTURA "COMPLETA" per coniuge/convivente more uxorio e figli a carico, se assicurati con Uni.C.A., per il periodo 01/01/2018-31/12/2019, al costo ANNUO di € 750.

ESTENSIONE COLLETTIVA DENTARIA al nucleo familiare assicurato con Uni.C.A., per il periodo 01/01/2018-31/12/2019 + COPERTURA "COMPLETA" per coniuge/convivente more uxorio e figli a carico se assicurati con Uni.C.A., per il periodo 01/01/2018-31/12/2019, al costo ANNUO di €1.250.

e **ADERISCE alle seguenti opzioni integrative al PIANO (facoltative):**

Per ciascun Pacchetto/Protezione crocesegnare una delle opzioni possibili: "NO" oppure "SI Alta" oppure "SI Totale";

Pacchetti/Protezione	NO	SI Alta		SI Totale	
Long Term Care Familiari					
Medicinali					
Lenti e occhiali					
Medicina alternativa					
Medicina estetica					
	NO	SI - 250	SI - 500	SI - 750	SI - 1000
Copertura franchigie e scoperti					

ADERISCO al Piano di Assistenza sopra indicato per il periodo **01/01/2018 - 31/12/2019**.
Ho preso visione dell'acclusa Normativa di adesione ai Piani Sanitari 2018-2019 e di tutte quelle divulgate tramite
 Sito Internet Uni.C.A. <https://unica.unicredit.it/it.html>

Chiedo l'inclusione in copertura dei familiari sotto identificati.

Dichiaro che l'inclusione è richiesta nel rispetto delle condizioni normative previste da UniCA e **mi impegno** ad esibire certificazione a comprova.

Prendo atto che il contributo complessivo annuo dovuto, per me e per i familiari dei quali chiedo l'inclusione in copertura a pagamento, verrà addebitato ratealmente nei prossimi stipendi. In caso di incapacienza, **autorizzo** fin d'ora l'addebito delle relative somme sul conto corrente nel quale il mio stipendio viene canalizzato.

Sono consapevole che le inclusioni non effettuate all'atto dell'adesione non potranno essere fatte nel corso del biennio, salvo quelle ammesse e indicate nella sezione Inserimenti / Revoche / Variazioni del Testo Unico - Normativa di adesione ai Piani Sanitari 2018-2019.

Mi impegno a conoscere e rispettare le norme statutarie, regolamentari e quelle definite dal Consiglio di Amministrazione di Uni.C.A.

RINUNCIA all'adesione al programma di assistenza per il biennio **2018 - 2019** (per sé e per i familiari)

NUCLEO FAMILIARE

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

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 - 8: GENITORE ULTRASessantenne con limite di reddito - 9: FAMILIARE DIVERSO DAI PRECEDENTI)

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E L'INVIO

Il modulo deve essere completato con le informazioni previste.

Familiari inclusi nel contributo a carico del dipendente

CONIUGE e FIGLI fiscalmente a carico sono inclusi in copertura senza oneri per il dipendente 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 dipendente, purché indicati nel modulo di adesione:

1. **CONIUGE NON FISCALMENTE A CARICO** a prescindere dalla convivenza
2. **CONVIVENTE MORE UXORIO** risultante dallo **stato di famiglia**
3. **FIGLI NON FISCALMENTE A CARICO**, se conviventi secondo lo **stato di famiglia**
4. **ALTRI FAMILIARI (FISCALMENTE A CARICO E NON)**, se conviventi secondo lo **stato di famiglia**
5. **GENITORI ULTRASESSANTENNI NON CONVIVENTI** con limite di **reddito complessivo di € 26.000,00 annui lordi**
6. **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 aggiungere i familiari, indicare cognome e nome, data e luogo di nascita, grado di parentela, codice fiscale e **barrare SI o NO dove indicato.**

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 mediante l'inoltro di un ticket a ES SSC entro i termini stabiliti dal prospetto inserimenti e revoche.

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 venirne 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 svolgano 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