

AVVERTENZA: il modulo SEPA di autorizzazione all'addebito sul conto corrente del contribuente a proprio carico, compilato e sottoscritto dall'Associato, costituisce parte integrante del modulo di adesione nonchè elemento essenziale, sotto il profilo negoziale, per il perfezionamento dell'Adesione ai Piani Sanitari 2024-2025 per tutti i seguenti associati:
- pensionati/superstiti alla data del 1/1/2024 o data antecedente.

Restituire il Modulo SEPA compilato:

- a) in caso di **adesione on line**: alla casella mail hxunisepa-Italia@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
CONTRASSEGNAI 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.

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

Nome del Creditore (*) Ragione sociale del Creditore	Uni.C.A. – Unicredit Cassa di assistenza per il personale del gruppo Unicredito
Codice identificativo del Creditore (*) Creditor Identifier	IT53ZZZ0000097450030156
Sede legale (*) Via/P.zza/C.so e numero civico	Piazza Gae Aulenti 3 (Torre A)
Località e CAP (*)	20154 Milano
Paese (*)	Italia

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

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.

Codice identificativo del debitore Indicare il codice di riferimento che si vuole che la Banca del debitore citi nell' addebito	
Soggetto per conto del quale viene effettuato il pagamento (se del caso) 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.	
Codice identificativo della controparte di riferimento del debitore Via/P.zza/C.so/Largo/Strada e numero civico	
Codice identificativo della controparte di riferimento del creditore Il creditore deve compilare questo campo se richiede pagamenti per conto di altro soggetto	

Riferimenti del contratto:	Numero identificativo del contratto sottostante
	Descrizione del contratto: Sottoscrizione copertura sanitaria Uni.C.A.

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