

GESTIONE PERIODO TRANSITORIO PIANO SANITARIO 2024-2025
Autorizzazione alla prestazione in forma diretta

AVVERTENZA: Questo modulo NON deve essere utilizzato se il Titolare ha già aderito on line a dicembre 2023 in quanto la copertura assicurativa è già operativa dal 1.1.2024.

Se, invece, il Titolare non ha aderito on line a dicembre 2023, il modulo può essere utilizzato solo nei seguenti casi:

- **pensionati/superstiti:** per tutto il nucleo familiare che sarà assicurato nel 2024, Titolare compreso;
- **dipendenti lungo assenti ed esodati:** per il nucleo familiare che sarà assicurato nel 2024 (ad eccezione del Titolare e di coniuge/figli già assicurati nel 2023 come familiari fiscalmente a carico in quanto automaticamente assicurati dal 1.1.2024).

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO
PRESTAZIONE DI RICOVERO E/O CURE ONCOLOGICHE
IN RETE CONVENZIONATA

(Ricoveri con o senza intervento chirurgico, per parto e le cure oncologiche)

Attenzione: leggere l'informativa relativa al Regolamento UE 2016/679 ed apporre la firma per consenso al trattamento dei dati personali e sensibili. **In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.**

Il presente modulo, **interamente compilato e sottoscritto**, va inoltrato a:

- mezzo mail a **UniCredit - Group - Transitorio_UNICA** uitransitoriounica@unicredit.eu specificando in oggetto: **Richiesta di presa in carico 2024**

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Sesso M F Codice Fiscale _____

Tel _____ Cell _____ E-mail _____

CATEGORIA: PERSONALE IN SERVIZIO PERSONALE IN ESODO PERSONALE IN QUIESCENZA/FONDO SOCIALE

Il/La sottoscritto/a, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di aver preso visione dell'Informativa Piano Sanitario 2024-2025 pubblicata sul sito <https://unica.unicredit.it/it.html>
- di aver preso atto degli eventuali costi a proprio carico
- di impegnarsi a sottoscrivere per l'anno 2024 la polizza sottoindicata del Piano Sanitario 2024-2025 e a non modificare la scelta ivi effettuata
- di essere consapevole che la presente richiesta, in assenza di sottoscrizione dell'offerta di adesione, rappresenta in ogni caso vincolo di iscrizione per sé stesso, in qualità di titolare e dell'eventuale familiare per cui chiede la prestazione di ricovero, al Piano Sanitario 2024-2025 all'opzione indicata
- che il familiare per cui richiede la prestazione di ricovero in rete convenzionata possiede i requisiti di inclusione previsti dal programma di assistenza 2024-2025 predisposto da Uni.C.A.

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

OVER 85 (solo per il personale in quiescenza)

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)

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO (colui che deve fruire della prestazione sanitaria diretta, SE DIVERSO DAL TITOLARE)

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____ Codice Fiscale _____

PARENTELA CON IL TITOLARE _____

PRESTAZIONI DI RICOVERO:

RICOV. CON INTERV. RICOV. SENZA INTERVENTO RICOV. SENZA INTERV. GEM

RICOV. SENZA INTERV. PER RIABILITAZIONE POST CHIR. RICOV. LUNGO DEGENZA

PARTO SPONTANEO PARTO CESAREO

NOMINATIVO DEL CHIRURGO/MEDICO _____

Attenzione: perché il servizio di pagamento in forma convenzionata possa essere erogato, è necessario che sia la Struttura Sanitaria sia l'equipe medica e chirurgo siano in Convenzione ed accettati le relative condizioni economiche. In caso contrario, tutte le spese rimarranno a carico dell'assistito che potrà procedere successivamente alla richiesta di rimborso in forma indiretta.

Si ricorda che per le prestazioni di ricovero è **obbligatorio inviare, unitamente al presente modulo, il certificato medico indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta, tramite e-mail, almeno 5 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione.**

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA SCELTA _____ **PROV.** _____

Per la PRESA IN CARICO: Indicare la DATA e l'ORA in cui ha prenotato il Ricovero _____

NOTE: _____

CURE ONCOLOGICHE:

CHEMIOTERAPIA RADIOTERAPIA ALTRE TERAPIE FINALIZZATE ALLE CURE ONCOLOGICHE

Attenzione: perché il servizio di pagamento in forma convenzionata possa essere erogato, è necessario che la Struttura Sanitaria sia in Convenzione ed accettata le relative condizioni economiche. In caso contrario, tutte le spese rimarranno a carico dell'assistito che procederà successivamente alla richiesta di rimborso in forma indiretta.

Si ricorda che per le prestazioni Cure Oncologiche è **obbligatorio inviare, unitamente al presente modulo, la prescrizione medica indicante la diagnosi di malattia accertata e la prestazione richiesta, tramite e-mail, almeno 48 ore lavorative prima della data prevista per la prestazione.**

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA SCELTA _____ **PROV.** _____

Per la PRESA IN CARICO: Indicare la DATA e l'ORA in cui ha prenotato la prestazione _____

NOTE: _____

Consenso al trattamento dei dati personali – Regolamento UE 2016/679

ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, UniCredit Cassa Assistenza per il Personale del Gruppo UniCredit Italiano (di seguito per brevità "Uni.C.A."), Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Generali S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate, come previsto dal paragrafo 2 a. dell'informativa privacy allegata.

DATA COMPILAZIONE _____ FIRMA PER CONSENSO _____