

**UniCredit Cassa di Assistenza
per il personale del Gruppo UniCredito Italiano**

Il/la sottoscritto/a

- (Nominativo Titolare della polizza)
- Status: (Dipendente, Esodato, Pensionato):

sottopone a Uni.C.A. – UniCredito Cassa Assistenza **richiesta di sostegno** alle spese sanitarie non già coperte dalla polizza sanitaria, sostenute nell'anno per sé o per familiare assicurato in polizza:

- (specificare il nominativo del Titolare o del Familiare assicurato a cui si riferiscono le spese):

.....
per la seguente motivazione (allegare eventuale relazione integrativa della motivazione):
.....
.....
.....

Il/la sottoscritto/a dichiara:

1. di conoscere ed approvare la **Policy** relativa all'erogazione del contributo, pubblicata sul sito di Uni.C.A.;
2. che vi è **assenza di copertura assicurativa** nell'ambito del nucleo familiare per la spesa per la quale si richiede il contributo;
3. di impegnarsi a produrre, in caso di richiesta da parte di Uni.C.A., lo Stato di Famiglia Anagrafico in mancanza del quale l'eventuale contributo deliberato non potrà essere erogato;
4. di essere consapevole delle **responsabilità** civili e penali dovute a false dichiarazioni;
5. ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati personali - Regolamento (UE) 2016/679, di aver preso visione dell'informativa pubblicata nella sezione Privacy del sito di Uni.C.A. <https://unica.unicredit.it/it/privacy.html>.

Al fine di consentire la valutazione della richiesta di sostegno, allega la seguente documentazione:

1. **Composizione del nucleo familiare e Situazione reddituale**, utilizzando l'apposito modulo che costituisce parte integrante della richiesta;
2. **Documentazione fiscale** più recente (mod. 730 / mod. Redditi oppure, in mancanza, Certificazione Unica CU) relativa a **tutti i componenti** elencati nel modulo "Composizione del nucleo familiare e Situazione reddituale";
3. **Documentazione medica**, in conformità a quanto previsto dalla richiamata Policy:
 - ✓ prescrizione con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi per visite o accertamenti;
 - ✓ cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) in caso di ricovero;
 - ✓ relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito.
4. **Documentazione in copia della spesa** sostenuta (fatture/ricevute), con quietanza o prova di avvenuto pagamento, per un importo complessivo di:

€ relative all'anno

5. Eventuale relazione integrativa della motivazione

Luogo e data Firma

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE E SITUAZIONE REDDITUALE (compresi eventuali familiari assicurati non conviventi *)

(da allegare al modulo di richiesta)

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	RELAZIONE PARENTALE CON IL TITOLARE (1)	Disabilità accertata da Commissione Medica (SI / NO) (2)	Reddito Complessivo Annuo (€) (3)	Fiscalmente a carico (SI/NO)	Convivente (SI/NO)	Assicurato Uni.C.A. (SI /NO)
					T			=	=	=

(*) Familiari assicurati non conviventi: Genitore ultrasessantenne non convivente con limite di reddito di € 26.000 annui lordi / Figlio non convivente non fiscalmente a carico (includibile fino a 35 anni di età) con limite di reddito di € 26.000 annui lordi

- (1) Relazione parentale con il Titolare:
 T = Titolare
 C = Coniuge / Convivente more uxorio
 F = Figlio
 G = Genitore
 A = Altro (da specificare)

(2) Disabilità: allegare documentazione rilasciata dalla Commissione Medica che ha accertato la disabilità

(3) Reddito Complessivo Annuo: allegare la documentazione fiscale più recente (mod. 730 / mod. Redditi oppure, in mancanza di tale modello, Certificazione Unica CU) relativa a tutti i componenti il nucleo familiare (come da Stato di Famiglia) che siano percettori di reddito; se il componente non è percettore di reddito indicare € 0

N.B.: Tenuto conto dello scopo mutualistico e solidaristico dell'Associazione, si invitano gli associati, nel valutare le circostanze che giustificano la richiesta di sostegno, a tener conto del reddito complessivo percepito dal nucleo familiare, compresi i ritorni di investimenti mobiliari e/o immobiliari.

LUOGO E DATA

FIRMA TITOLARE POLIZZA