

Al
**FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL
GRUPPO INTESA SANPAOLO**
Via A. Cechov 50/5
20151 MILANO

MODULO DI ISCRIZIONE PENSIONATI EX GRUPPO UBI

Io sottoscritto/a _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

recapito telefonico _____ e – mail _____

cellulare

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza/domicilio: Via/Corso _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

RICHIEDO L'ISCRIZIONE al FONDO SANITARIO in quanto

TITOLARE DI PENSIONE BASE DAL ____/____/____

Nella gestione di seguito indicata (scegliere una sola delle due Gestioni sotto indicate):

Gestione iscritti in quiescenza

Gestione Mista

in caso di opzione per la gestione iscritti in quiescenza, compilare i campi sottostanti:

TITOLARE DI PENSIONE EROGATA DA (barrare l'opzione che interessa) :

INPS allego alla presente il modello CU 2021 rilasciato dall'INPS (ovvero il modello TE08 se pensionati da 1.1.2021 in poi);

INPDAP (allego alla presente il relativo prospetto di liquidazione fornito dall'INPDAP);

PENSIONE INTEGRATIVA EROGATA DA (Indicare il Fondo Pensioni / la Cassa di Previdenza aziendale che eroga l'eventuale pensione integrativa)

TITOLARE DI ALTRE PENSIONI (indicare la categoria e l'Ente erogatore) :

allego alla presente la relativa documentazione attestante l'imponibile.

Per le pensioni integrative erogate direttamente da Enti del Gruppo Intesa Sanpaolo, AUTORIZZO il Fondo Sanitario Integrativo ad acquisire direttamente dalla Banca il dato relativo agli imponibili.

Data _____

Firma Iscritto _____

Premesso che l'iscrizione al Fondo Sanitario e la fruizione delle relative prestazioni è regolata dalla normativa statutaria di cui ho preso visione

AUTORIZZO

Nel caso di iscrizione alla Gestione quiescenti:

- il Fondo Sanitario stesso, in via continuativa ed irrevocabile, a regolare sul conto corrente di mia competenza, di cui al modello di autorizzazione all'addebito, i rapporti di debito/credito inerenti le prestazioni e gli apporti contributivi.

Nel caso di iscrizione alla Gestione mista:

- il Fondo Sanitario, in via continuativa ed irrevocabile, a regolare sul conto corrente di mia competenza, di cui al modello di autorizzazione all'addebito, gli apporti contributivi annui per me e per gli eventuali familiari resi beneficiari, in via anticipata annua ed in unica soluzione.

PRENDO ATTO CHE:

- le condizioni di iscrizione al Fondo sono definite nell'accordo sindacale del 5.11.2021 di cui confermo di aver preso visione;
- i rapporti di debito/credito (a titolo esemplificativo e non esaustivo: contributi, erogazione liquidazioni, prestazioni non dovute) sono regolati dal Fondo sul rapporto di c/c indicato nel modello di autorizzazione all'addebito;
- corre l'obbligo di corrispondere i contributi posti a carico degli iscritti dalla normativa statutaria tempo per tempo vigente, pena la perdita del diritto a beneficiare delle prestazioni assistenziali;
- in caso di mancata disponibilità sul conto corrente di addebito il Fondo Sanitario ha facoltà di sospendere la posizione dell'intero nucleo beneficiario e di intraprendere ogni azione utile a tutela del patrimonio della gestione di appartenenza;
- eventuali commissioni bancarie applicate alle operazioni di addebito dei contributi per insoluti sono comunque poste a carico dell'iscritto;
- la facoltà di recesso, una volta formalizzata la richiesta di prosecuzione dell'iscrizione, potrà essere esercitata unicamente:
 - a partire dal 31 dicembre del terzo anno successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente;
 - entro il 31 dicembre dell'anno in cui siano stati previsti aumenti delle contribuzioni a carico dell'iscritto superiori al 10% su base annua, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente.

In caso di opzione per la gestione mista:

PRENDO ALTRESI' ATTO CHE

- al raggiungimento del limite di età di 80 anni viene meno l'iscrizione al Fondo Sanitario, senza possibilità di successiva reinscrizione;
- anche per i familiari beneficiari, al raggiungimento del limite di età di 80 anni viene meno la copertura del Fondo;
- decorsi almeno 3 anni di permanenza nella "Gestione mista" è esercitabile la facoltà di passaggio alla Gestione iscritti in quiescenza con opzione da esercitare entro il 31 dicembre del terzo anno di permanenza nella Gestione Mista o al 31 dicembre di ogni anno successivo, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente.. Il passaggio alla Gestione quiescenti può avvenire un'unica volta, senza possibilità di successiva iscrizione alla Gestione mista, con la corresponsione del contributo d'ingresso previsto dallo Statuto;
- alla data prevista per il rientro alla Gestione iscritti in quiescenza è necessario non aver superato i 75 anni di età

DICHIARO

di aver preso visione delle condizioni e regole della "Gestione Mista" e delle norme Statutarie che regolano i passaggi tra le gestioni del Fondo.

DICHIARO ALTRESI'

infine - sotto la mia responsabilità – che tutti i dati riportati nel presente modulo sono veritieri e mi impegno a segnalare tempestivamente al Fondo ogni variazione del mio stato di famiglia e della situazione dei carichi fiscali, come previsto dall'art. 6 dello Statuto.

IL PERFEZIONAMENTO DELL'ISCRIZIONE E LA FRUIZIONE DELLE PRESTAZIONI E' CONDIZIONATO AL RILASCIO DEL MANDATO DI ADDEBITO DELLE CONTRIBUTIONI, CHE PUO' ESSERE ATTIVATO TRAMITE HOME BANKING O IN ALTERNATIVA COMPILANDO IL MANDATO SEDA E RIVOLGENDOSI ALLA FILIALE DI APOGGIO DEL CONTO, SECONDO LE ISTRUZIONI DISPONIBILI SUL SITO INTERNET

Data _____

firma iscritto _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL REG. UE 679/2016 (GDPR)

Fondo Sanitario Integrativo
del Gruppo Intesa Sanpaolo
Via Cechov, 50/5 – 20151 MILANO

(Cognome e nome del dipendente/ex dipendente iscritto)

Codice fiscale:

Io sottoscritto, tenuto conto dell'Informativa ([per prenderne visione clicca Qui](#)) resami ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute) ai soggetti individuati nell'informativa stessa per le finalità di cui alla l. a) dell'Informativa (adesione al Fondo ed effettuazione delle ordinarie attività ad essa correlate), consapevole che in mancanza di consenso risulta oggettivamente impossibile per il Fondo dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni

presto il consenso nego il consenso
(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

_____ (Cognome e nome dell'iscritto)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}

Inoltre, in relazione al trattamento dei miei dati per le finalità di cui alla l. c) dell'Informativa: studio, ricerca scientifica e verifica della qualità del servizio

presto il consenso nego il consenso
(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

_____ (Cognome e nome dell'iscritto)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}

Infine, in relazione al trattamento dei miei dati per le finalità di cui alla l. d) dell'Informativa: invio di comunicazioni e materiale informativo relativo ad iniziative promozionali limitate alle attività di scopo del Fondo, effettuato sia con modalità di contatto tradizionali (posta cartacea, chiamate tramite operatore) che automatizzate (posta elettronica, sms, mms, chiamate automatizzate)

presto il consenso nego il consenso
(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

_____ (Cognome e nome dell'iscritto)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}

Nota Bene:

⁽¹⁾ Tutti i componenti il nucleo familiare devono esprimere la propria volontà con riferimento al consenso al trattamento dei dati personali. Qualora un familiare non esprima detta volontà, il Fondo non potrà dare corso all'erogazione delle prestazioni. Ove gli interessati non intendano esprimere la medesima opzione, è necessaria la compilazione di moduli separati.

⁽²⁾ Per i minori di anni 18 è necessaria la firma di chi esercita la potestà.