

MODULO DI ADESIONE

PIANO SANITARIO DIPENDENTI A CUI SI APPLICA IL CCNL DELLE TELECOMUNICAZIONI

Da compilare e restituire entro il 15/02/2013 presso l'area del personale dell'Azienda di appartenenza

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative

(Artt. 23 e 26 D. Lgs. n. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso Unisalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data

Nome e cognome _____
e C.F. _____
del titolare di polizza o del familiare (in stampatello)
Firma dell'interessato _____

In applicazione dell'accordo di rinnovo del CCNL TLC (23 ottobre 2009) possono aderire all'assistenza sanitaria integrativa i lavoratori dipendenti a tempo indeterminato dalle aziende che applicano il CCNL e che non abbiano già, al 1 gennaio 2013, una forma di assistenza sanitaria integrativa aziendale in atto e che abbiano richiesto, entro la data indicata e successive finestre di inclusione, l'attivazione della presente copertura.

Il contributo a carico del dipendente per l'attivazione della copertura è di:

- € 24,00 nel caso in cui la consegna del modulo avvenga entro il 15/02/2013 (la copertura avrà effetto in forma rimborsuale dal 01/01/2013 mentre la forma diretta, nelle strutture sanitarie private convenzionate per Assicassa tramite Unisalute, avrà effetto dal 01/03/2013)
- € 12,00 nel caso in cui la consegna del modulo avvenga tra il 16/02/2013 e il 20/06/2013 (la copertura avrà effetto sia in forma rimborsuale sia forma diretta dal 01/07/2013)
- nel caso in cui la consegna del modulo avvenga oltre il 20/06/2013 la copertura NON verrà attivata

AZIENDA DI APPARTENENZA: _____

DATI ANAGRAFICI DEL DIPENDENTE:

Il sottoscritto (cognome, nome) _____ data assunzione _____
nato a _____ prov _____ il _____ codice fiscale _____
residente in via _____ CAP _____ città _____ prov _____
tel _____ tel cell _____ e-mail _____

CHIEDE

L'iscrizione alla Cassa Interaziendale di Assistenza "ASSICASSA" e l'adesione al piano sanitario riservato ai dipendenti a cui si applica il CCNL Telecomunicazioni.

Ai fini del rimborso diretto si notificano le coordinate bancarie:

c/c intestato a: _____ Banca/Posta _____

Codice IBAN _____

Il Codice IBAN è composto obbligatoriamente da 27 caratteri alfanumerici e si trova in alto nel documento dell'estratto conto bancario

NB: Il sottoscritto AUTORIZZA fino a revoca il proprio datore di lavoro a trattenere dai propri emolumenti l'importo di €. _____ per l'attivazione dell'assistenza sanitaria integrativa.

Luogo e data _____ Firma (leggibile) _____