

**MODULO “NFB – BANCHE RETE - 2009”**

NUCLEO BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

Ala Cassa di Assistenza Sanpaolo Imi
 c/o Ufficio Personale e Organizzazione
BANCA DI APPARTENENZA

Il/La sottoscritto/a _____ matricola n. _____, dipendente da _____ (*)
 aderente a codesta “Cassa”, espone di seguito la situazione del proprio nucleo familiare al quale intende estendere le prestazioni di assistenza sanitaria previste nell’Appendice 1 dello Statuto (per l’estensione a familiari diversi dal coniuge e dai figli a carico di età inferiore ai 26 anni, **UNIRE SEMPRE UNO STATO DI FAMIGLIA ANAGRAFICO**, non sostituibile da “autocertificazione”):

CONIUGE E FIGLI FISCALMENTE A CARICO: (1)

COGNOME e NOME	GRADO DI PARENTELA	SESSO	DATA DI NASCITA	LUOGO E PROVINCIA DI NASCITA	CARICO FISCALE (indicare percentuale**)	GIA’ BENEFICIARIO POLIZZA 2008 (SI/NO)
_____	_____	_____	_____	_____	_____ %	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____ %	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____ %	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____ %	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____ %	_____

BENEFICIARI A RICHIESTA: (2)

COGNOME e NOME	GRADO DI PARENTELA	SESSO	DATA DI NASCITA	LUOGO E PROVINCIA DI NASCITA	CARICO FISCALE (indicare percentuale**)	GIA’ BENEFICIARIO POLIZZA 2008 (SI/NO)
_____	_____	_____	_____	_____	_____ %	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____ %	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____ %	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____ %	_____

* Indicare la Banca di appartenenza. ** Se trattasi di familiare a carico specificare anche la misura percentuale de carico stesso.

SEGUE ➔

(1) Ai fini della definizione di familiare “FISCALMENTE A CARICO” prevista nello Statuto della “Cassa” deve intendersi il soggetto - percettore di redditi propri di ammontare complessivamente inferiore ai limiti di legge (alla data attuale, €2.840,51 al lordo degli oneri deducibili), nei cui confronti l’aderente sia destinatario - anche in quota parte - degli inerenti benefici fiscali, nel rispetto della normativa di legge vigente. Con esclusivo riguardo ai figli di età non superiore a 26 anni è sufficiente che ricorra il solo requisito di reddito.

(2) Si considerano “**beneficiari a richiesta**”, ai quali possono essere estese le prestazioni della Cassa di Assistenza, i familiari di seguito elencati:

- coniuge fiscalmente non a carico, purché non separato legalmente;
- coniuge di fatto purché risultante dallo stato di famiglia (**trasmettere stato di famiglia anagrafico**);
- figli, anche se adottati o affiliati, fiscalmente non a carico, purché conviventi con uno dei genitori (**trasmettere stato di famiglia anagrafico**);
- figli fiscalmente a carico, di età superiore ai 26 anni, purché conviventi con uno dei genitori (**trasmettere stato di famiglia anagrafico**);
- figli conviventi, anche se adottati o affiliati, del coniuge non legalmente separato o di fatto (**trasmettere stato di famiglia anagrafico**);
- genitori, purché conviventi alla data di assunzione e di età non superiore a 75 anni (**trasmettere stato di famiglia anagrafico**);
- parenti in linea retta o collaterale (nonni, nipoti ex filio, fratelli) dell’aderente, purché conviventi alla data di assunzione, fiscalmente a carico e di età non superiore a 75 anni (**trasmettere stato di famiglia anagrafico**).

Il/La sottoscritto/a **dichiara di aver preso visione dello Statuto, delle previsioni di cui alla circolare prot. n. 625 del 10 dicembre 2008 e del relativo allegato “Piano di Assistenza Sanitaria Integrativa”**. Al riguardo prende specificatamente atto che:

- la scelta di estendere le prestazioni della Cassa di Assistenza ai familiari indicati nella presente scheda e’ IRREVOCABILE sino al perdurare dei requisiti statutariamente previsti;
- l’inserimento dei familiari indicati fra i “fiscalmente a carico” deve riguardare la loro totalità’;
- la facoltà di rendere beneficiari delle prestazioni della Cassa i familiari indicati fra i “beneficiari a richiesta” deve riguardare la totalità degli aventi diritto ed è subordinata all’avvenuta estensione ai familiari indicati al punto che precede; unica deroga alla totalità di estensione delle prestazioni riguarda il coniuge fiscalmente non a carico.

DATA _____ FIRMA _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA’, CHE I DATI RIPORTATI NEL PRESENTE DOCUMENTO SONO VERITIERI E SI IMPEGNA A COMUNICARNE TEMPESTIVAMENTE OGNI VARIAZIONE, ALLEGANDO, OVE PREVISTO, LO STATO DI FAMIGLIA ANAGRAFICO.

DATA _____ FIRMA _____



“BANCHE RETE – 2009”

⇒ **A INTESA SANPAOLO S.p.A.**
Amministrazione del Personale
Retribuzioni (0104639)
Via Lugaro, 15 - 10126 TORINO

⇒ _____ (*)

Il/La sottoscritto/a _____ matricola n. _____, dipendente da _____ (*)

aderente alla Cassa di Assistenza Sanpaolo IMI dal 1° gennaio 2009, vista la lettera circolare n. 625 del 10 dicembre 2008 prende atto che:

- le prestazioni di cui all'Appendice n. 1 **decorrono dal 1° gennaio 2009** ed operano esclusivamente in favore dell'aderente stesso e dei familiari resi beneficiari di cui a separato modulo “NFB – BANCHE RETE - 2009”;
- le contribuzioni a proprio carico sono riconosciute con ritenute operate tramite il proprio datore di lavoro; le quote percentuali sono calcolate su tutte le voci di retribuzione imponibile ai fini del trattamento di fine rapporto.

Il sottoscritto, inoltre, autorizza in via continuativa ed irrevocabile, per il tramite del proprio datore di lavoro _____ (*) a:

- trattenere sulla retribuzione, (ovvero, per il personale assente senza retribuzione, ad addebitare sul conto corrente di appoggio delle competenze) ed a versare alla Cassa di Assistenza Sanpaolo IMI le quote a proprio carico, secondo le previsioni Statutarie dettagliate nel Piano di Assistenza allegato alla citata comunicazione prot.625;
- accreditare/addebitare sul conto corrente di appoggio delle competenze i pagamenti di pertinenza.

Resta fermo il principio che il conto di riferimento è unicamente quello di accredito dello stipendio e che, pertanto, in caso di successivi mutamenti del medesimo, è variato d'ufficio anche il conto di appoggio dei suddetti accrediti/addebiti.

DATA _____ FIRMA _____

* Indicare la Banca di appartenenza.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL D.LGS. 30/6/2003 N. 196

**Alla
Cassa di Assistenza Sanpaolo Imi
c/o INTESA SANPAOLO .p.A.
Amministrazione del Personale (0104639)
Via Lugaro , 15 – 10126 TORINO**

(Cognome e nome del dipendente aderente)

(Matricola)

Come rappresentato nell'informativa che è stata fornita, ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196, al momento della formalizzazione dell'adesione alla "Cassa" ⁽¹⁾

do il consenso

nego il consenso

al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali ai soggetti individuati nell'informativa stessa. Sono consapevole che, in mancanza di consenso, risulta oggettivamente impossibile per la "Cassa" dar corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni statutariamente previste.

(Cognome e nome del familiare beneficiario)

(firma)⁽²⁾

(Cognome e nome del familiare beneficiario)

(firma)⁽²⁾

(Cognome e nome del familiare beneficiario)

(firma)⁽²⁾

(Cognome e nome del familiare beneficiario)

(firma)⁽²⁾

Inoltre:

do il consenso

nego il consenso

al trattamento e alla comunicazione dei miei dati sensibili e dei familiari resi beneficiari ai soggetti individuati nell'informativa stessa.

Sono consapevole che, in mancanza di consenso, risulta oggettivamente impossibile per la "Cassa" dar corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni statutariamente previste.

(Cognome e nome dell'aderente)

(firma)

(Cognome e nome del familiare beneficiario)

(firma)⁽²⁾

(Cognome e nome del familiare beneficiario)

(firma)⁽²⁾

(Cognome e nome del familiare beneficiario)

(firma)⁽²⁾

(data)

(1) Ove gli interessati non intendano esprimere la medesima opzione, è necessaria la compilazione di separati moduli.

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