MODULO "**VARIAZIONE** NF" – EX BDN – 2010

Cassa di Assistenza Sanpaolo Imi
c/o INTESA SANPAOLO S.p.A.
Amministrazione del Personale
Via Lugaro , 15 - 10126 TORINO

USARE UN MODULO PER OGNI FAMILIARE

Io sottoscritto _____ matricola _____ telefono: _____

COMUNICO:

1) LA VARIAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE, CON DECORRENZA 1/1/2010 – opzione esercitabile esclusivamente entro il 31 gennaio 2010:

- ❑ INSERIMENTO del familiare sottoindicato non beneficiario delle prestazioni nell'anno 2009 - *allegare stato di famiglia ove richiesto*;
- ❑ ESCLUSIONE del familiare sottoindicato beneficiario delle prestazioni nell'anno 2009.

2) LA VARIAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE A SEGUITO DI (indicare i dati del familiare nel sottostante riquadro):

- ❑ NASCITA
- ❑ ADOZIONE
- ❑ MATRIMONIO
- ❑ INIZIO CONVIVENZA
- ❑ SEPARAZIONE LEGALE
- ❑ MORTE
- ❑ FINE CONVIVENZA
- ❑ RETTIFICA DATI ANAGRAFICI *(per familiari oggetto di precedenti comunicazioni*)

La specifica dei documenti da allegare è riportata sul retro.

3) LA VARIAZIONE DEL CARICO FISCALE DEL FAMILIARE SOTTOINDICATO(indicare i dati del familiare nel sottostante riquadro):

- analoga comunicazione di variazione deve essere formalizzata al proprio datore di lavoro -

- ❑ DA CARICO A NON A CARICO, CON DECORRENZA _____ (*indicare **SI** nel riquadro per l estensione delle prestazioni, con onere a carico del dipendente di € 340)(*)*
- ❑ DA NON A CARICO A CARICO, CON DECORRENZA _____ *(in caso di coniuge o figli - entrambi a carico - le prestazioni della polizza sanitaria sono estese di diritto senza oneri aggiuntivi)*

RIPORTARE I DATI DEL FAMILIARE

COGNOME e NOME	GRADO DI PARENTELA(1)	SESSO	DATA DI NASCITA	LUOGO E PROV. DI NASCITA	CODICE FISCALE	CARICO FISCALE (2)	ESTENSIONE(*) PRESTAZIONI SANITARIE (3)
				(___)			

(1) Se trattasi di coniuge, indicare la data del matrimonio _____
(2) Indicare **SI**, per i familiari fiscalmente a carico e **NO** per quelli fiscalmente non a carico.
(3) Indicare **SI** per estendere le prestazioni sanitarie e **NO** per non ricomprendere il familiare nelle coperture di polizza.

ATTENZIONE: **nel caso di inserimento di familiare diverso da coniuge o figli - entrambi fiscalmente a carico – con l'estensione delle prestazioni il dipendente assume l'onere di corrispondere il previsto contributo per ogni familiare reso beneficiario (€ 340** annuo per ogni familiare ridotto a € 204 per eventi intervenuti nel secondo semestre dell'anno**).**

SEGUE ⇨

DOCUMENTI DA ALLEGARE PER VARIAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE A SEGUITO DI:

- NASCITA *(certificato di nascita rilasciato dall'anagrafe);*
- ADOZIONE *(decreto di adozione del Tribunale italiano);*
- MATRIMONIO *(certificato di matrimonio rilasciato dall'anagrafe);*
- INIZIO CONVIVENZA *(stato di famiglia storico rilasciato dall'anagrafe dal quale si evinca la decorrenza della convivenza);*
- FINE CONVIVENZA *(stato di famiglia storico rilasciato dall'anagrafe dal quale si evinca la fine della convivenza);*
- SEPARAZIONE LEGALE *(provvedimento del Tribunale omologato)*;
- MORTE *(certificato di morte)*.

Io sottoscritto/a **dichiaro di aver preso visione delle disposizioni che disciplinano l'assistenza sanitaria di mia pertinenza ed in particolare di quanto riportato nella circolare n. 650 del 14 dicembre 2009** e **prendo specificamente atto** che:

- a copertura del premio richiesto dalla Compagnia Assicuratrice - per le prestazioni di assistenza sanitaria a favore del dipendente e degli eventuali coniuge e figli a carico – ciascun interessato in servizio corrisponde mensilmente la differenza tra la quota fissa a carico dell'azienda ed il citato premio. Tale differenza è stimata, per l'anno 2010, in circa € 200, ancorché l'esatto ammontare sia connesso alla definizione dell'apporto aziendale in cifra fissa con applicazione - sul contributo dell'anno passato - dell'indice Istat riscontrato al 31 dicembre 2009.
- per i beneficiari delle prestazioni del "Fondo di solidarietà" l'importo di cui al punto precedente è addebitato in unica soluzione;
- a livello individuale e per il solo personale in servizio, la contribuzione a carico degli interessati è compensata dal contestuale versamento aziendale, con pari modalità, dello 0,50% della retribuzione imponibile annua individuale per l'Assicurazione Generale Obbligatoria sino - ove capiente - al totale assorbimento della differenza stessa. Le eventuali eccedenze sono destinate ad ulteriore contribuzione a previdenza complementare, per il Personale iscritto a forme di previdenza che lo consentono;
- sono considerati **"fiscalmente a carico"** i soggetti indicati dalle disposizioni di legge in materia, percettori di redditi propri di ammontare complessivamente non superiore a € 2.840,51 per il 2009, al lordo degli oneri deducibili;
- in caso di **estensione delle coperture assicurative a familiari conviventi con onere a proprio carico nelle misure previste**, **la scelta** - effettuata barrando l'apposita opzione - **è irrevocabile**;
- per le quote contributive poste a carico del Personale, il datore di lavoro od il soggetto per il cui tramite sono riconosciute le prestazioni del "Fondo di solidarietà" (di seguito " INTESA SANPAOLO") è autorizzato ad operare le relative trattenute ed a versare i corrispondenti importi alla "Cassa";
- **per tutti i familiari le prestazioni sono mantenute sino al compimento del 75° anno di età**.

Io sottoscritto/a autorizzo il datore di lavoro/"INTESA SANPAOLO" a regolare ogni posizione di debito/credito inerente alla fruizione delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa sulle proprie competenze mensili ovvero ad operare sul c/c di appoggio delle medesime ovvero di accredito dell'assegno di sostegno al reddito; **dichiaro** inoltre, **sotto la mia personale responsabilità**, che i dati riportati nel presente modulo sono veritieri e mi impegno a comunicarne **tempestivamente ogni variazione, allegando,** ove previsto**, lo stato di famiglia anagrafico (non sostituibile da "autocertificazione").**

Data _____ **firma del dipendente** _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30/6/2003 n. 196

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30.6.2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", la Cassa di Assistenza Sanpaolo Imi di seguito "Cassa", con sede in Torino, piazza San Carlo, 156, in qualità di Titolare del trattamento, è tenuta a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali dei propri Iscritti e relativi familiari resi beneficiari delle coperture.
I dati personali in possesso della Cassa sono raccolti di norma direttamente presso l'Iscritto e, occasionalmente, possono essere acquisiti presso terzi (ad esempio presso medici, case di cura convenzionate e non, unità operative del S.S.N.) nel rispetto delle disposizioni legislative e statutarie vigenti.
Nell'adempimento delle proprie attività e funzioni, nonché in occasione di comunicazioni da parte del soggetto destinatario della copertura assicurativa, la Cassa può venire in possesso di dati che la Legge definisce "sensibili", cioè quelli da cui può desumersi, fra l'altro, lo stato di salute ed il cui trattamento è subordinato ad una specifica manifestazione di consenso da parte dell'interessato.
L'eventuale rifiuto a fornire i propri dati personali ed a prestare il consenso al trattamento dei dati sensibili, nonché alla loro comunicazione alle categorie di soggetti di seguito indicate, comporterà l'oggettiva impossibilità per la Cassa di erogare, per il tramite di compagnia di assicurazione, le coperture previste dalla relativa polizza.

Finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati
I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Cassa per il perseguimento delle finalità statutarie ed, in particolare, al fine di fornire, per il tramite di Compagnia di Assicurazione, ai destinatari delle coperture assicurative e relativi familiari resi beneficiari, prestazioni sanitarie integrative e/o migliorative di quelle erogate dal S.S.N. in occasione di malattie e infortuni, mediante concessione di erogazioni di natura economica, sia in forma diretta che con rimborso.
Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi in conformità alle norme vigenti.

Categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati
In taluni casi l'esecuzione del complesso delle attività connesse e/o strumentali alla gestione della Cassa, comporta la comunicazione di dati personali dei destinatari della copertura assicurativa e dei relativi familiari resi beneficiari delle coperture stesse - oltre ai soggetti le cui facoltà di accedervi siano riconosciute da disposizioni di legge - a società o enti esterni, quali ad esempio:
- la società presso la quale è prestata l'attività lavorativa;
- Intesa Sanpaolo S.p.A., nonché compagnie di assicurazioni, società o enti incaricati della riconoscimento delle prestazioni o che forniscono specifici servizi liquidativi ed elaborativi;
- Società incaricate della gestione dei servizi di Centrale Operativa e di Contact Center delle richieste di rimborso e delle pratiche relative all'accesso in regime di assistenza diretta alle strutture convenzionate, della gestione dei collegamenti informatici, delle attività di consulenza, nonché di altre attività connesse a quelle indicate, della cui collaborazione la Cassa si avvale;
- Case di cura, ospedali, laboratori, medici ecc… che svolgono attività connesse, strumentali o di supporto a quelle della Cassa, ovvero ancora attività necessarie o funzionali all'esecuzione delle prestazioni o dei servizi richiesti dai destinatari della copertura assicurativa e relativi familiari resi beneficiari delle coperture.

I soggetti appartenenti alle categorie alle quali i dati possono essere comunicati effettueranno il trattamento dei dati medesimi e li utilizzeranno in qualità di "Titolari" ai sensi della Legge, in piena autonomia, essendo estranei all'originario trattamento effettuato presso la Cassa, ovvero in qualità di "Responsabili". L'elenco aggiornato dei soggetti esterni ai quali la Cassa può comunicare i dati personali è disponibile presso la Segreteria Operativa della Cassa.
La Cassa designa "incaricati" del trattamento tutti gli addetti "pro tempore" ed i collaboratori, anche occasionali, che svolgono mansioni che comportano il trattamento di dati personali.

Diritto di accesso ai dati
L'art. 7 della Legge conferisce agli interessati l'esercizio di specifici diritti.
In particolare, l'interessato può ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e che tali dati vengano messi a disposizione in forma intelligibile. L'interessato può altresì chiedere di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati e di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.
Tutte le informazioni inerenti il diritto di accesso, posso essere richieste a: Cassa di Assistenza Sanpaolo Imi presso Segreteria Operativa, Corso Turati, 12 – 10128 TORINO.

Invitiamo, infine, a partecipare quanto riportato sulla presente informativa e nel relativo allegato modulo di consenso, a tutti i beneficiari delle prestazioni assicurative, che facciano riferimento alla Sua qualità di destinatario della polizza assicurativa.

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 S.p.A.
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
Via Lugaro , 15 – 10126 TORINO

_____ _____
(Cognome e nome del dipendente/esodato destinatario della copertura assicurativa) *(n. matricola)*

Codice fiscale ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

Come rappresentato nell'informativa che è stata fornita, ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196,

☐ presto 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, per il tramite della Compagnia di Assicurazioni, ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni sanitarie previste dalla polizza assicurattiva di cui sono destinatario**.

_____ _____
(Cognome e nome del familiare beneficiario) *(firma)* (1)

Inoltre:

☐ presto 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 il riconoscimento, per il tramite di Compagnia di Assicurazione, delle prestazioni sanitarie previste da polizza assicurativa**.

_____ _____
(Cognome e nome del familiare beneficiario) *(firma)* (1)

_____

(data)

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