



FEDERAZIONE  
AUTONOMA  
BANCARI  
ITALIANI

FEDERAZIONE AUTONOMA BANCARI ITALIANI  
**Segreteria di Coordinamento**  
**Gruppo UniCredit**  
**[info@fabiunicredit.org](mailto:info@fabiunicredit.org) - [www.fabiunicredit.org](http://www.fabiunicredit.org)**

**Riservata agli/alle iscritti/e Fabi del Gruppo UniCredit**

### **Uni.C.A. - Rinnovo Piani Sanitari –**

Vi informiamo che a partire da oggi 20 gennaio e sino alle ore 17:00 del 7 febbraio 2014, utilizzando l'apposita sezione sul portale intranet (My HR-> I miei documenti- > Assistenza sanitaria integrativa), è possibile aderire ai piani sanitari di Uni.C.A. per il biennio 2014/2015.

Decorso tale termine verranno avviate le operazioni di invio e consolidamento delle anagrafiche degli assistiti presso la compagnia assicuratrice RBM Salute ed il provider, che ricordiamo, è Previmedical per tutta la popolazione aderente ad Uni.C.A.

Durante tale fase, che per il personale in servizio, si concluderà verosimilmente ad inizio marzo, le prestazioni previste dai piani sanitari potranno essere fruite con la forma rimborsuale (**indiretta**), in quanto il provider non disponendo ancora delle anagrafiche aggiornate, non è in grado di pre-autorizzare le prestazioni in modalità diretta.

Saranno attivabili in via **diretta**, esclusivamente per il titolare ed i componenti del nucleo familiare fiscalmente a carico già assicurati nel corso del 2013, le sole prestazioni di ricovero (con o senza intervento), day hospital, interventi ambulatoriali e parto.

Gli associati interessati alle suddette prestazioni in forma diretta, dovranno inoltrare a Previmedical la scheda di **pre-adesione**, allegata alla comunicazione e-mail, compilata in ogni sua parte, apponendo la massima attenzione all'indicazione del piano prescelto **che non potrà più essere modificato**.

In attesa della conclusione delle procedure di adesione è possibile consultare l'elenco delle strutture in rete convenzionata accedendo al sito internet di Previmedical (<http://www.previmedical.it/network.html>).

Milano, 20 gennaio 2014 -

**Segreteria di Coordinamento FABI Gruppo UniCredit**

**RICHIEDI DI**

**PREATTIVAZIONE**                       **PRENOTAZIONE**  
**DI RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO IN RETE CONVENZIONATA**

**GESTIONE PERIODO TRANSITORIO PIANI SANITARI 2014-2015**

*(Autorizzazione alla prestazione in forma diretta solo per Titolari e familiari fiscalmente a carico<sup>1</sup> già assicurati nell'anno 2013)*

**Attenzione:** leggere l'informativa relativa al D. Lgs. 196/2003 sul retro ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili. In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

**IL PRESENTE MODULO, INTERAMENTE COMPILATO E SOTTOSCRITTO, VA INOLTRO:**

- **A MEZZO FAX AL NUMERO 0422 1744 524 oppure 0422 1744 526**
- **A MEZZO E-MAIL ALL'INDIRIZZO [assistenza.unica@previmedical.it](mailto:assistenza.unica@previmedical.it) indicando nell'oggetto: richiesta di prenotazione/preattivazione 2014**

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA	
Cognome _____	Nome _____
Luogo di nascita _____	Prov. _____ Data di nascita _____
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Codice Fiscale _____
Tel _____	Cell _____ E-mail _____
<b>CATEGORIA:</b> PERSONALE IN SERVIZIO <input type="checkbox"/> PERSONALE IN ESODO ANTICIPATO <input type="checkbox"/> PERSONALE IN QUIESCENZA/FONDO SOCIALE <input type="checkbox"/>	
Il sottoscritto, preso atto degli eventuali costi a proprio carico, dichiara sotto la propria responsabilità di impegnarsi a sottoscrivere per le annualità 2014-2015 il seguente Piano Sanitario ed a non modificare la scelta ivi effettuata, fatta salva l'ipotesi di successiva adesione ad opzione di livello superiore ("upgrade")	
<b>BASE</b> <input type="checkbox"/> <b>BASE +</b> (solo per il personale in quiescenza) <input type="checkbox"/> <b>STANDARD</b> <input type="checkbox"/> <b>PLUS</b> <input type="checkbox"/> <b>EXTRA</b> <input type="checkbox"/>	
FIRMA DEL TITOLARE _____	
FIRMA DEL TITOLARE PER PRESA VISIONE DEL PROSPETTO COSTI DI ADESIONE _____	

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO SE DIVERSO DAL TITOLARE (familiare fiscalmente a carico, già assicurato nel 2013, che deve fruire della prestazione sanitaria diretta)
Cognome _____ Nome _____
Luogo di nascita _____ data di nascita _____ Codice Fiscale _____
PARENTELA CON IL TITOLARE _____

<b><u>PRESTAZIONI DI RICOVERO:</u></b>
RICOV. CON INTERV. <input type="checkbox"/> RICOV. SENZA INTERV. <input type="checkbox"/> DAY HOSPITAL CON INTERV. <input type="checkbox"/> DAY HOSPITAL SENZA INTERV. <input type="checkbox"/>
INTERV. AMBULATORIALE <input type="checkbox"/> PARTO SPONTANEO <input type="checkbox"/> PARTO CESAREO <input type="checkbox"/>
<b>NOMINATIVO DEL CHIRURGO/MEDICO</b> _____
<b>Attenzione:</b> perché il servizio di pagamento in forma convenzionata possa essere erogato, è necessario che sia la Struttura Sanitaria sia l'equipe medica e chirurgo abbiano aderito alla Convenzione ed accettato le relative condizioni economiche. In caso contrario, tutte le spese rimarranno a carico dell'assistito che procederà successivamente alla richiesta di rimborso in forma indiretta.
Si ricorda che per le prestazioni di ricovero è <b>obbligatorio inviare, unitamente al presente modulo, il certificato medico indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta, a mezzo fax o tramite e-mail, almeno 48 ore lavorative prima della data prevista per la prestazione.</b>
<b>STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA SCELTA</b> _____ <b>PROV.</b> _____
Per la <b>PREATTIVAZIONE:</b> Indicare la DATA e l'ORA in cui ha prenotato il Ricovero _____
Per la <b>richiesta di PRENOTAZIONE:</b> Indicare PERIODO UTILE DAL _____ AL _____ GG. NON DISPONIBILI _____
NOTE: _____

<sup>1</sup> per determinare il carico/non carico fiscale dei familiari iscritti in copertura si deve tener conto della situazione risultante in base al diritto alle detrazioni per carichi di famiglia dell'anno 2013.

**Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003**

Con la sottoscrizione della presente, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, il Titolare del Piano di Assistenza e/o il familiare per cui si chiede il rimborso, in qualità di Interessato dal trattamento, autorizza Cassa Uni.C.A., in qualità di Titolare del Trattamento dei Dati, al trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini richiesti dall'Interessato nonché alle successive attività inerenti la richiesta di rimborso spese sanitarie stessa. In mancanza di autorizzazione dell'Interessato, le attività affidate non potranno essere espletate. In caso di autorizzazione, all'Interessato sono garantiti tutti i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.Lgs. n. 196/2003. Tutti i dati personali e sensibili sono pertanto conservati e trattati in ossequio alla normativa vigente (D.Lgs. 196/2003), attraverso strumenti informatici tali da garantire la sicurezza e la riservatezza delle informazioni. Cassa Uni.C.A. si può rivolgere a Società esterne per l'esercizio di alcune delle attività su indicate, trasferendo a queste i suddetti dati sempre in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge. L'elenco di tali Società è disponibile presso la sede di Cassa Uni.C.A., nonché sul sito internet [www.unica.previmedical.it](http://www.unica.previmedical.it) e la sua consultazione è libera e permessa in qualunque momento. Tali Società utilizzeranno i dati personali e sensibili in qualità di Responsabili del Trattamento garantendone la riservatezza ed un'adeguata conservazione. Gli Interessati possono accedere liberamente alle informazioni che li riguardano e possono chiedere di conoscere le fonti nonché la logica e le finalità per le quali si acconsente al loro trattamento; inoltre possono richiedere la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati ovvero di opporsi al trattamento degli stessi. Ulteriori informazioni potranno essere richieste al Titolare del Trattamento Cassa Uni.C.A., UniCredit Cassa di Assistenza per il Personale del Gruppo UniCredit, con sede in Via M. D'Aviano n. 5, CAP 20131 - MILANO. Letta l'informativa relativa al trasferimento della documentazione elencata e alla comunicazione dei dati necessari alla richiesta di prestazioni sanitarie, se ne autorizza il trattamento esclusivamente ai fini su indicati.

DATA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

FIRMA PER CONSENSO \_\_\_\_\_