

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

MODULO DI PROSECUZIONE DELL'ISCRIZIONE IN QUALITA' DI TITOLARI REVERSIBILI/INDIRETTI

Io sottoscritto/a _____

codice fiscale

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

recapito telefonico _____ e – mail _____

cellulare

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

Residenza/domicilio: Via/Corso _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Familiare beneficiario di _____

deceduta/o il _____ / _____ / _____ (allegare certificato di morte)

PRESO ATTO CHE

Lo Statuto prevede che la contribuzione venga determinata:

- per gli iscritti destinatari di trattamento pensionistico di reversibilità (de cuius pensionato) sul 65% del trattamento pensionistico del de cuius e comunque su una base minima di € 20.000;
- per gli iscritti destinatari di trattamento pensionistico indiretto (de cuius dipendente/in esodo) sul 65% dell'ultima retribuzione percepita in servizio dal de cuius.

**RICHIEDO LA PROSECUZIONE DELL'ISCRIZIONE COME TITOLARE QUIESCENTE in quanto:
DESTINATARI DI PENSIONE DI REVERSIBILITA' / INDIRETTA DAL _____ / _____ / _____**

EROGATA DA (barrare l'opzione che interessa) :

INPS (allego alla presente il relativo modello TE08);

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

PRENDO INOLTRE ATTO CHE

Il Fondo necessita anche delle informazioni relative alla completa posizione pensionistica che saranno utilizzate ai soli fini della perequazione stabilita, tempo per tempo, dall'INPS e prevista dallo Statuto.

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

- Cassa di Previdenza Integrativa per il Personale dell'Istituto Bancario San Paolo di Torino;
- Fondo Pensioni complementare per il Personale del Banco di Napoli;
- Fondo Pensioni per il Personale Cariplo;
- Fondo di Previdenza per il Personale di C.R. Firenze;
- Cassa di Previdenza del Personale CARIPARO.

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 _____

VARIAZIONE NUCLEO FAMILIARE

INTENDO confermare le prestazioni del Fondo Sanitario, ai seguenti familiari, già beneficiari nella posizione del de cuius.

E' data facoltà, nel rispetto della normativa statutaria, di escludere uno o più familiari resi beneficiari delle prestazioni del Fondo, con decorrenza 1° gennaio dell'anno successivo al decesso del de cuius.

L'esclusione di un familiare preclude la facoltà dell'iscritto di renderlo nuovamente beneficiario delle prestazioni del Fondo pro-futuro.

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	TITOLARE DI PENS REV / IND (*)	FISCALMENTE A CARICO	FISCALMENTE NON A CARICO (**)
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) Barrare nel caso in cui il familiare percepisca la pensione di reversibilità / indiretta del de cuius (**allegare relativa documentazione**)

(**) Barrare nel caso di familiari con reddito proprio superiore ai limiti di legge (€ 2.841,51 lordi annui)

Allego certificato di stato di famiglia rilasciato dal Comune di residenza e Modulo di consenso al trattamento dati – REG. UE 679/2016 (GDPR) debitamente compilato e sottoscritto da tutti i componenti del nucleo familiare reso beneficiario.

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

AUTORIZZO

- 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;

PRENDO ALTRESI' ATTO CHE:

- . i rapporti di debito/credito (a titolo esemplificativo e non esaustivo: contributi, erogazione liquidazioni, prestazioni non dovute e franchigie) 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 all'iscrizione come titolare, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente; (tale iscrizione decorre dal 1° gennaio dell'anno successivo al decesso del de cuius)
 - 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.

DICHIARO

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

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.

RIFERIMENTO MANDATO*:

A99J33

(da completare a cura del Debitore - inserire senza spazi dopo il codice A99J3 il proprio codice fiscale)



Cognome e Nome*:			
Indirizzo*:	Via/C.so/P.zza/Largo		N°:
CAP:		Località:	
Provincia:		Paese:	
Iban*:			
Presso la Banca:		Codice SWIFT (BIC)*:	
Codice fiscale del Debitore*:			

Ragione Sociale del Creditore*:	FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO		
Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier)*:	IT340020000097574030157		
Sede Legale*:	Via/C.so/P.zza/Largo	PIAZZA FERRARI	N°: 10
CAP:	20121	Località:	MILANO
Provincia:	MI	Paese:	ITALIA

Il sottoscritto Debitore autorizza:

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato
 - addebiti in via continuativa
 - un singolo addebito
- la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa.

Il sottoscritto ha facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Cognome e nome del sottoscrittore:

Codice fiscale del sottoscrittore:

(le informazioni relative al sottoscrittore sono obbligatorie nel caso in cui sottoscrittore e Debitore non coincidano)

Luogo

Data

Firma del Debitore

*I campi indicati con un asterisco sono obbligatori

Restituire copia del presente modulo debitamente compilato e sottoscritto dall'interessato nonché vidimato e caricato dalla filiale bancaria dove intrattiene il rapporto di conto corrente a:

FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO
Via A. Cechov, 50/5
20151 Milano (MI)