

# CASSA DI ASSISTENZA SANPAOLO IMI

Matricola

*MODULO VARIAZIONE*  
*Ad uso esclusivo Cassa di Assistenza*

*Riservato al Personale in esodo / quiescenza*

Alla  
CASSA DI ASSISTENZA SANPAOLO IMI  
c/o Intesa Sanpaolo S.p.A.  
**Amministrazione del Personale**  
Via Lugaro, 15 - 10126 TORINO

Si rammenta che l'estensione delle prestazioni ai familiari va richiesta a mezzo del presente modulo che **deve pervenire entro e non oltre l'ultimo giorno del 4° mese successivo alla data dell'evento** (nascita figlio, matrimonio, inizio convivenza con coniuge di fatto, ecc.)

**Oltre tale termine gli iscritti/aderenti possono estendere le prestazioni in qualsiasi momento successivo alle scadenze stabilite, con pagamento della contribuzione dal mese di pervenimento della domanda di inserimento e con diritto a fruire, per il familiare in questione, delle relative coperture decorso un intero anno dalla richiesta stessa** (lo specifico modulo va richiesto agli Uffici della Cassa).

Il/la sottoscritto/a .....
codice fiscale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
recapito telefonico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Residenza/domicilio: Via/Corso .....
Città ..... CAP .....

**Comunica la seguente variazione:**

Residenza/domicilio: Via/Corso .....

Città ..... CAP .....

telefono

cellulare

Per ricevere senza costi aggiuntivi, tramite sms, le informazioni previste dal servizio  
"SEGUI LA TUA PRATICA" è necessario comunicare il numero di un cellulare

indirizzo e\_mail .....

**Comunica che il seguente familiare:**

**COGNOME/NOME** .....

data e luogo di nascita .....

grado di parentela: .....

firma \_\_\_\_\_

*segue*

**deve essere ESCLUSO dal nucleo beneficiario delle prestazioni dal .....** a seguito di:

- cessazione della convivenza (certificato anagrafico di stato di famiglia storico da cui si evinca la composizione del nucleo familiare in data immediatamente antecedente la variazione e la data esatta in cui è venuto meno il requisito di convivenza)
- separazione legale (allegare copia omologa di separazione/provvedimento giudiziario)
- decesso (allegare certificato anagrafico di morte)
- altro specificare ..... (allegare relativa documentazione)

**deve essere INSERITO nel nucleo beneficiario delle prestazioni dal .....** a seguito di:

- matrimonio valido agli effetti civili celebrato in data ..... (allegare certificazione anagrafica)
- nascita in data..... (allegare certificato anagrafico di nascita)
- convivenza iniziata in data .....  
(allegare certificato anagrafico di stato di famiglia storico da cui si evinca la composizione del nucleo familiare in data immediatamente antecedente la variazione e la data esatta in cui è iniziata la convivenza)
- adozione in data (allegare provvedimento giudiziario italiano)
- altro specificare ..... (allegare relativa documentazione)

Carico fiscale (\*\*):  SI  NO  NO figlio di età inferiore ai 26 anni totalmente a carico dell'altro genitore  
Pertanto si richiede l'applicazione dell'aliquota di contribuzione ridotta  
(opzione esercitabile esclusivamente dal personale in servizio/esodo)

**deve essere VARIATO il carico fiscale (\*\*)**

Con riferimento alla vigente normativa fiscale, dichiara, con decorrenza: ...../...../.....

DI AVERE DIRITTO  DI NON AVERE DIRITTO

ai relativi benefici.

In relazione alla variazione suesposta il sottoscritto, con scelta irrevocabile:

- CONFERMA l'estensione delle prestazioni
- CONFERMA l'estensione delle prestazioni al figlio di età inferiore ai 26 anni totalmente a carico dell'altro genitore. Pertanto richiede l'applicazione dell'aliquota di contribuzione ridotta (opzione esercitabile esclusivamente dal personale in servizio/esodo)
- ESCLUDE dalle prestazioni.

Si precisa che:

- l'opzione di "CONFERMA", per i familiari diversi da coniuge, è esercitabile unicamente al persistere dello stato di convivenza anagrafica con l'iscritto. ALLEGARE uno STATO DI FAMIGLIA rilasciato dall'anagrafe – non sostituibile da autocertificazione;
- l'eventuale esclusione decorre comunque dal 1° gennaio dell'anno in cui è venuto meno in carico fiscale.

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA** - sotto la propria responsabilità - **che tutti i dati riportati nel presente modulo sono veritieri e si impegna a segnalare tempestivamente ogni ulteriore variazione** del proprio stato di famiglia e della situazione dei carichi fiscali (art. 8 dello Statuto). Prende inoltre atto che le dichiarazioni relative ai carichi fiscali sono soggette a controllo con i dati in possesso del datore di lavoro.

Data \_\_\_\_\_ firma iscritto/aderente \_\_\_\_\_

(\*\*) Nel fare ogni più ampio rinvio alla normativa fiscale vigente in materia di carichi fiscali, si evidenzia che sono considerati familiari fiscalmente a carico tutti i membri della famiglia che nell'anno considerato non hanno posseduto un reddito complessivo superiore a euro 2.840,51, al lordo degli oneri deducibili.

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 prestazioni.

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 dell'Iscritto, 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'Iscritto.

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 le prestazioni statutarie previste.

### **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 agli Iscritti e relativi familiari resi beneficiari, prestazioni integrative e/o migliorative di quelle erogate dal S.S.N. in occasione di malattie e infortuni, mediante concessione agli Iscritti di erogazioni di natura economica, sia in forma diretta che mediante 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 degli Iscritti e relativi familiari resi beneficiari delle prestazioni - oltre ai soggetti le cui facoltà di accedervi siano riconosciute da disposizioni di legge - a società o enti esterni, quali ad esempio:

- Intesa Sanpaolo S.p.A., nonché società o enti incaricati della liquidazione delle prestazioni a carico della Cassa e/o che forniscono specifici servizi elaborativi;
- 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 Iscritti e relativi familiari resi beneficiari delle prestazioni.

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, possono 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, che facciano riferimento alla Sua qualità di Iscritto.

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 ISCRITTO/ADERENTE.....

N. matricola ..... codice fiscale

Io sottoscritto .....  
COGNOME E NOME BENEFICIARIO

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 ed 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.

.....  
*firma beneficiario (1)*

Inoltre

**presto il consenso**                       **nego il consenso**

al trattamento ed alla comunicazione **dei miei dati sensibili** 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.

.....  
*firma beneficiario (1)*

Data \_\_\_\_\_

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