

Istruzioni operative – Adesioni online 2022



La vostra salute,
la nostra specialità

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Pagina iniziale: «Info e documenti»

Piano Sanitario Crédit Agricole

Ti diamo il benvenuto nel portale dedicato alle adesioni per i familiari dei dipendenti Crédit Agricole.
Prima di iniziare, ti invitiamo a leggere attentamente le indicazioni della sezione INFO E DOCUMENTI.



INFO E DOCUMENTI



ADESIONI



Piano Sanitario Crédit Agricole

Benvenuto nella sezione "Info e Documenti" del Piano Sanitario Crédit Agricole



Informazioni utili

Il Gruppo Crédit Agricole prosegue la sua collaborazione con UniSalute per la gestione della polizza sanitaria e offre **gratuitamente** una copertura sanitaria **a te dipendente e ai tuoi familiari fiscalmente a carico**, quali:

- coniuge o convivente «more uxorio»
- coniuge fiscalmente a carico, ma con diversa residenza, purché non legalmente separato
- figli purché conviventi
- figli di coniugi separati, anche se non conviventi, ma fiscalmente a carico
- figli fiscalmente a carico, ma con diversa residenza sino all'età massima di 26 anni

Inoltre, **corrispondendo un importo molto vantaggioso**, puoi estendere la copertura anche ai **tui familiari fiscalmente non a carico**, quali:

- coniuge o convivente «more uxorio»
- coniuge non fiscalmente a carico, ma con diversa residenza, purché non legalmente separato
- figli purché conviventi e risultanti dallo «Stato di Famiglia»

La nuova copertura ha decorrenza **01 gennaio 2022 e una durata biennale**.

Il premio per i tuoi familiari fiscalmente non a carico, e conseguente trattenuta in busta paga è annuo.

La copertura per te è già attiva, mentre per i tuoi familiari compila il presente [modulo online presente in questa sezione](#) entro il **16 dicembre 2021**.

Anche per quest'anno:

per i familiari non fiscalmente a carico, è prevista la trattenuta del contributo dalla tua busta paga

l'impegno per il pagamento del suddetto contributo è biennale. Sarà quindi valido anche per la trattenuta in busta paga dell'annualità 2023.

Per informazioni e supporto nella procedura di adesione per i tuoi familiari, puoi contattarci dal lunedì al venerdì al seguente indirizzo: adesionicreditagricole@unisalute.it

Info e Documenti



Documenti a supporto

Visualizza i documenti utili per attivare il tuo piano



guida_servizi_area_clienti



informativa_privacy



guida_personale_attivo_dip-
dir_credit_agricole_2022



modulo_denuncia_personale_attivo_ca_2022

Info e Documenti



Contributi annui

Dipendente e nucleo fiscalmente a carico inteso come coniuge e figli, tutti risultanti dallo Stato di Famiglia.

I famigliari **fiscalmente a carico**, quali:

coniuge o convivente «more uxorio»

coniuge fiscalmente a carico, ma con diversa residenza, purché non legalmente separato

figli purché conviventi

figli di coniugi separati, anche se non conviventi, ma fiscalmente a carico

figli fiscalmente a carico, ma con diversa residenza sino all'età massima di 26 anni

OFFERTO da Crédit Agricole

I famigliari **non fiscalmente a carico**, quali:

coniuge o convivente «more uxorio»

coniuge non fiscalmente a carico, ma con diversa residenza, purché non legalmente separato

i figli purché conviventi e risultanti dallo «Stato di Famiglia»

€ 530,00 annuo cadauno

Ti ricordiamo che:

- Tutti i familiari devono risultare dal certificato di «Stato di Famiglia»
- L'importo per l'estensione della polizza sanitaria ai tuoi familiari non a carico **avverrà tramite trattenuta in busta paga ed è annuo**
- **L'impegno per il pagamento del suddetto premio è biennale**, è quindi valido anche per la trattenuta in busta paga dell'annualità 2023
- I familiari che NON vengono confermati durante questa adesione NON potranno essere inseriti per i prossimi due anni

Se decidi di avvalerti del diritto di ripensamento, potrai farlo entro 14 giorni dalla conferma del modulo online, inviando una e-mail all'indirizzo: adesionicreditagricole@unisalute.it

I servizi di UniSalute sono sempre con te! Li trovi anche sulla app gratuita UniSaluteUp, da App Store, Play Store e Windows Store.

Pagina iniziale: «ADESIONI»

Piano Sanitario Crédit Agricole

Ti diamo il benvenuto nel portale dedicato alle adesioni per i familiari dei dipendenti Crédit Agricole.
Prima di iniziare, ti invitiamo a leggere attentamente le indicazioni della sezione INFO E DOCUMENTI.



INFO E DOCUMENTI



ADESIONI

Modulo di adesione



Piano Sanitario Crédit Agricole

Inserisci i dati per proteggere **tutti** i tuoi familiari come indicato nella sezione "Info e Documenti"



Inserimento dati anagrafici del titolare

Informazioni personali

Nome

XXXXXXXX

Cognome

XXXXXXXX

Data di Nascita

XX/XX/XXXX



Sesso



M



F

Codice Fiscale

XXXXXXXX

Luogo di nascita

XXXXXXXX

Indirizzi e contatti

Provincia di Residenza

XXXXXXXX



Comune di Residenza

XXXXXXXX



Indirizzo di Residenza

XXXXXXXX

CAP

XXXXXXXX

Numero di telefono

XXXXXXXX

Email

XXXXXXXX

Conferma Mail

Modulo di adesione



Inserimento dati anagrafici dei familiari

Dopo aver preso visione dei requisiti necessari all'adesione dei tuoi familiari, inserisci i dati qui.

Per confermare i dati dei tuoi familiari già inseriti nella precedente annualità: clicca sull'icona con la matita verde. Se i dati sono corretti, valorizza i campo "Fiscalmente a carico" e "Convivente", poi clicca "Inserisci". Per inserire un **nuovo familiare**: compila tutti i campi e clicca "Inserisci".

ⓘ MARIO ROSSI XXXXXXXXX – Figlio(a)

Conferma dati



Informazioni personali nuovo familiare

Nome

Cognome

Data di Nascita

Sesso

 M F

Codice Fiscale

Luogo di nascita

Grado di Parentela

Fiscalmente a carico

 Si No

Convivente

 Si No

INSERISCI

Modulo di adesione

Mario Rossi XXXXXXXXX – Figlio(a) ✕

Nome XXXXXXX	Cognome XXXXXXXX	Data di Nascita XXXXXXX	Sesso <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F
Codice Fiscale XXXXXXXX	Luogo Nascita XXXXXXXX	Grado di Parentela FIGLIO(A) ▼	Fiscalmente a carico <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Convivente
 Si No

CONFERMA

Modulo di adesione



Inserimento dati anagrafici dei familiari

Dopo aver preso visione dei requisiti necessari all'adesione dei tuoi familiari, inserisci i dati qui.

Per confermare i dati dei tuoi familiari già inseriti nella precedente annualità: clicca sull'icona con la matita verde. Se i dati sono corretti, valorizza il campo "Fiscalmente a carico" e "Convivente", poi clicca "Inserisci". Per inserire un **nuovo familiare**: compila tutti i campi e clicca "Inserisci".

MARIO ROSSI XXXXXXXXX – Figlio(a)



ROSA BIANCHI XXXXXXXXX – Coniuge/convivente



Informazioni personali nuovo familiare

Nome

Cognome

Data di Nascita

Sesso

 M F

Codice Fiscale

Luogo di nascita

Grado di Parentela

Fiscalmente a carico

 Si No

Convivente

 Si No

INSERISCI

Modulo di adesione: Informativa



Informativa e richiesta di adesione

Dichiaro di aver preso visione della Guida al Piano Sanitario Crédit Agricole, a disposizione nell'area Info e Documenti.



Ho letto **l'informativa privacy** e mi impegno a consegnarne copia ai famigliari di cui ho inserito i dati e dei quali chiedo l'adesione

VUOI RICEVERE UNA COPIA CARTACEA DELLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE? La compagnia si riserva di richiedere i costi sostenuti per la spedizione dei documenti. Prima di stampare o richiederne una copia, pensa all'ambiente (clienti@unisalute.it).

CONFERMA

Pagina di riepilogo



Piano Sanitario Crédit Agricole

Verifica i dati e, se **corretti**, procedi cliccando il tasto «CONFERMA DATI E RICHIESTA DI ADESIONE». Se hai dimenticato un familiare o ti sei accorto di dover apportare delle correzioni, clicca su «MODIFICA DATI» in fondo alla pagina.



Riepilogo dati titolare

Informazioni personali

Nome: XXXXXXXXX

Cognome: XXXXXXXXX

Data di Nascita: XXXXXXXXX

Data di Nascita: XXXXXXXXX

Codice Fiscale: XXXXXXXXX

Luogo di Nascita: XXXXXXXXX

Indirizzi e contatti

Provincia di Residenza: XXXXXXXXX

Comune di Residenza: XXXXXXXXX

Indirizzo e numero civico: XXXXXXXXX

CAP: XXXXX

Numero di telefono: XXXXXXXXX

Email: XXXX@XXXXXX.XX

Pagina di riepilogo



Riepilogo dati familiari

MARIO ROSSI XXXXXXXXX – Figlio(a)



ROSA BIANCHI XXXXXXXXX – Coniuge/convivente



Importo totale

€ 530,00



Desidero confermare la mia richiesta di inserimento dei familiari. Dichiaro che essi sono in possesso dei requisiti previsti e sono consapevole che eventuali dichiarazioni che risultino non veritiere, inesatte o reticenti, possono compromettere il diritto alla fruizione delle prestazioni sanitarie e implicare la rivalutazione anche di sinistri già rimborsati.

MODIFICA DATI

CONFERMA DATI E RICHIESTA DI ADESIONE

Piano Sanitario Crédit Agricole



La tua richiesta di adesione è andata a buon fine!

Ti abbiamo inviato una mail con i documenti relativi all'adesione.

La copertura per i tuoi famigliari ha validità **dalle ore 00.00 del 01/01/2022.**

Di seguito i prossimi passi da seguire:

- Segui le istruzioni indicate nella mail che ti abbiamo appena inviato

Mail Riepilogo Dati



UniSalute TestMail

BOX-Assistenza Clienti Unisalute

Riepilogo dati - Piano Sanitario Credit Agricole

i Messaggio con priorità Alta.



MODADESIONE_BCLMHL82T18G337E_20211103161615688.pdf
287 KB

Gentile Michele Bocelli,
grazie per aver completato l'adesione per i tuoi familiari.
In allegato troverai il modulo di adesione per verificare la correttezza dei dati inseriti.

Nel caso dovessi compiere delle modifiche, basterà accedere nuovamente al portale attraverso il link precedentemente ricevuto e apportare le necessarie correzioni. Il portale ti riporterà i dati del primo accesso.

La nuova adesione andrà ad annullare e sostituire quella precedente e genererà un nuovo modulo di adesione.

Nel caso in cui sia tutto corretto, a chiusura del portale di adesione, riceverai una mail di conferma con allegato il modulo definitivo, non più modificabile.

ATTENZIONE: Il modulo qui allegato non dovrà essere restituito ad UniSalute S.p.A.



Cordiali saluti,
Crédit Agricole, Cassa Casdic, in collaborazione assicurativa con UniSalute

Mail Conferma Attivazione post chiusura definitiva delle Adesioni: il modulo allegato andrà restituito firmato come da istruzioni



UniSalute TestMail

BOX-Assistenza Clienti Unisalute

Conferma attivazione Piano UniSalute

 Messaggio con priorità Alta.



MODADESIONE_LNGBBR66E55E463U_20211108121840854_VAL.pdf

287 KB

Gentile Barbara Alonge,

ti confermiamo l'attivazione del tuo piano sanitario.

In allegato trovi la guida con tutte le istruzioni necessarie e il modulo di adesione contenente il consenso al trattamento dei dati personali e l'informativa privacy.

Ti ricordiamo di firmare il presente modulo per il consenso al trattamento dei dati, e restituirlo a modulistica@unisalute.it entro 30 gg dal ricevimento della presente mail.

La ricezione del presente modulo sarà necessaria per l'utilizzo del Piano Sanitario.

Cordiali saluti,

Crédit Agricole, Cassa Casdic, in collaborazione assicurativa con UniSalute

Se tu e i tuoi famigliari (maggioresi) non siete ancora registrati al sito www.unisalute.it [registratevi ora](#).

VUOI RICEVERE UNA COPIA CARTACEA DELLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE? La compagnia si riserva di richiedere i costi sostenuti per la spedizione dei documenti. Prima di stampare o richiederne una copia, pensa all'ambiente (clienti@unisalute.it)

Modulo Riepilogo Dati: da restituire solo allegato nella mail di conferma







**MODULO DI ADESIONE AL PIANO SANITARIO PER I FAMILIARI DEI DIPENDENTI
CRÉDIT AGRICOLE**

Se ricevi il presente modulo dopo il 16/12/2021, ti chiediamo di firmarlo per il consenso al trattamento dei dati, e restituirlo a modulistica@unisalute.it entro 30 gg dalla ricezione.

Numero adesione: |

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO

il sottoscritto/a			Nato il	
Nato a	Prov.	Codice Fiscale		
Residente in			CAP	
Comune			Prov.	
Tel cell.		E-mail		

Dichiaro di aver preso visione delle condizioni di assicurazione del Piano sanitario CRÉDIT AGRICOLE.

DATI ANAGRAFICI DEI FAMILIARI INSERITI IN COPERTURA

Nome e Cognome	Sesso	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela

Importo Totale: €

Nel caso in cui fosse previsto un importo a mio carico, vi autorizzo a trattenerlo dalla mia busta paga.

1



Luogo e data _____ Firma (leggibile) _____

**AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL
SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per finalità assicurative
(Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 - Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Vi ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali, relativi alla salute (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo - anch'essi assicurati UniSalute - a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.

Luogo e data _____ Nome e cognome del dipendente _____

Firma dell'interessato _____

Nome e cognome del familiare 1 * _____ Nome e cognome del familiare 2 * _____

Firma dell'interessato _____ Firma dell'interessato _____

Nome e cognome del familiare 3 * _____ Nome e cognome del familiare 4 * _____

Firma dell'interessato _____ Firma dell'interessato _____

Nome e cognome del familiare 5 * _____ Nome e cognome del familiare 6 * _____

Firma dell'interessato _____ Firma dell'interessato _____

Nome e cognome del familiare 7 * _____ Nome e cognome del familiare 8 * _____

Firma dell'interessato _____ Firma dell'interessato _____

*Si pregano i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti

2

