Spett.le
**Cassa Previline Assistance**
Via Calindri, 6
20143 Milano MI

Oggetto: **Richiesta di adesione a Cassa Previline Assistance**

La scrivente Società:

Denominazione Sociale ……..……. Con sede legale in ……...

Via/Piazza ……...…. P.IVA/C.F. ……..……..……...

Numero di iscrizione al Registro delle Imprese di …….. ...……...

Capitale Sociale ……..…… Società con Socio Unico SI ☐ NO ☐

Società sottoposta all'attività di direzione e coordinamento SI ☐ NO ☐

Nominativo referente ……..……..……..…. E-mail ……

Telefono …….. PEC……

**Presa visione dello Statuto e Regolamento di Cassa Previline Assistance, chiede l'adesione alla suddetta Cassa con effetto dal ……..……..., a norma dell'Art. 3 dello Statuto.**

Si precisa che l'iscrizione alla Cassa è prevista da:

☐ C.C.N.L. ☐ Contratto Integrativo ☐ Accordo/Regolamento Aziendale

I contributi che verranno versati sono da destinarsi alla sottoscrizione ed alla gestione, per conto della Società aderente, delle garanzie indicate nell'**Allegato 1** al presente Modulo.

La Società aderente indicherà alla Cassa i nominativi dei propri dipendenti e tutti i dati necessari per attivare le suddette garanzie aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di legge, di contratto di lavoro o di accordo o regolamento aziendale.

Cassa Previline Assistance e la Società aderente si impegnano ad osservare e rispettare rigorosamente le norme tempo per tempo vigenti in materia di protezione dei dati personali, con specifico riferimento al Regolamento UE n. 679/2016, al d.lgs. n. 196/2003 e successive modifiche e/o integrazioni. In particolare, Cassa Previline tratterà i dati personali dei propri iscritti per la permanenza degli stessi in qualità di iscritti alla Cassa e per le ulteriori finalità connesse.
La scrivente Società dichiara di aver ricevuto e letto l'informativa sul trattamento dei dati personali di Cassa Previline Assistance e di aver debitamente informato i propri dipendenti/collaboratori della circostanza che i loro dati personali verranno comunicati a Cassa Previline affinché la stessa possa perseguire la propria finalità di erogazione delle Prestazioni in loro favore ed adempiere agli obblighi derivanti dall'associazione e/o dell'iscrizione alla Cassa. A tal fine, la scrivente Società si impegna inoltre a mettere a disposizione dei propri dipendenti/collaboratori, nelle modalità che riterrà più opportune, l'informativa sulla privacy, affinché gli stessi possano agevolmente prenderne visione, anche invitandoli a consultare detta informativa direttamente sul sito internet della Cassa al seguente link www.cassapreviline.it.

Si informa che Cassa Previline Assistance, al fine di ottemperare al Suo scopo istituzionale, ha conferito, come previsto dall'art. 2 del Regolamento, un mandato di brokeraggio alla Società Aon S.p.a.

Sarà cura di Cassa Previline Assistance provvedere alla richiesta del contributo associativo annuo (stabilito annualmente dal Comitato di Amministrazione) nonché dei contributi necessari a garantire le prestazioni richieste.

Cordiali saluti.

Luogo ……., Data ……..

Timbro e firma del Legale Rappresentante

……

**Allegato 1**

## Tipologia di garanzie richieste e categorie di lavoratori interessati

☐ **VITA ED INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE:**

☐ Dirigenti ☐ Quadri ☐ Impiegati ☐ Operai

☐ **INFORTUNI:**

☐ Dirigenti ☐ Quadri ☐ Impiegati ☐ Operai

☐ **INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA:**

☐ Dirigenti ☐ Quadri ☐ Impiegati ☐ Operai

☐ **RIMBORSO SPESE MEDICHE:**

☐ Dirigenti ☐ Quadri ☐ Impiegati ☐ Operai ☐ Pensionati*

* Nel caso in cui vengano coperti anche i Pensionati, si prega di specificare quanto segue:

| |
|---|
| a) esiste nell'Accordo/Regolamento aziendale la previsione della prosecuzione volontaria per il personale in quiescenza?<br>☐ SI ☐ NO |
| b) l'azienda versa i contributi relativi al personale in quiescenza direttamente alla Cassa?<br>☐ SI** ☐ NO<br>(**se SI, rispondere anche al punto c e d) |
| c) l'azienda, per gli eventuali contributi a proprio carico (o comunque versati in nome e per conto del pensionato direttamente alla Cassa), opera come sostituto d'imposta?<br>☐ SI ☐ NO |
| d) i contributi versati dall'azienda a proprio carico (o comunque in nome e per conto del pensionato direttamente alla Cassa) sono riferibili alla singola posizione del pensionato?<br>☐ SI ☐ NO |

☐ **RIMBORSO SPESE MEDICHE (PORTALE "FLEXIBLE BENEFITS"):**

☐ Dirigenti ☐ Quadri ☐ Impiegati ☐ Operai

☐ **ALTRO (specificare): ……**

☐ Dirigenti ☐ Quadri ☐ Impiegati ☐ Operai