



LE POLIZZE UNI.C.A. 2014-2015

GUIDA ALLE POLIZZE DELLA CASSA DI ASSISTENZA UNI.C.A.
PER IL PERSONALE IN SERVIZIO,
I SOGGETTI CHE POSSONO ESSERE INSERITI,
MODALITA' E TEMPI DI ADESIONE, LE NOVITA'.
BIENNIO DI VIGENZA 2014-2015



INDICE

1. Premessa	pag.3
2. I nuovi nomi delle Polizze	4
3. Cosa copre Uni.CA. e con quali risorse	5
4. Come scegliere: le differenze sostanziali tra le polizze Standard/ Plus/ Extra 3.	6
<i>a. Franchigie</i>	
<i>b. Massimali</i>	
<i>c. Diagnosi comparativa</i>	
<i>d. Diarie per ricoveri a carico SSN</i>	
<i>e. Fisioterapia</i>	
<i>f. Rimborso occhiali/lenti a contatto</i>	
<i>g. Agopuntura</i>	
5. La polizza <i>BASE</i>, destinata ai neo assunti ex accordo 18/10/2010.	10
6. Le novità 2014-2015	11
<i>a. per quanto riguarda i contenuti delle polizze</i>	
<i>b. per quanto riguarda i Provider</i>	
<i>c. Monitoraggio del modello di servizio e conseguenti penali a beneficio degli assistiti/e</i>	
7. Quando e come aderire	12
<i>a. I dipendenti "lungo assenti"</i>	
<i>b. I figli/e</i>	
<i>c. Il coniuge/convivente more uxorio</i>	
<i>d. Il caso dei coniugi entrambi dipendenti, ovvero uno dipendente e l'altro esodato</i>	
<i>e. Gli altri familiari</i>	
8. Il carico fiscale	13
9. Il c.d. "periodo transitorio"	14
10. criteri di inclusione ed esclusione in corso di polizza (biennio 2013-2014)	14
11. cambiamenti di inquadramento nel corso del biennio	15
12. aspetti fiscali	15
13. la polizza odontoiatrica	15
14. Copertura per i viaggi all'estero	16
15. Il sito web di Uni.C.A.	16
16. Contatti	17



1. PREMESSA

Il biennio 2014 – 2015 porterà con sé alcune conferme e due importanti novità.

Sono confermate, rispetto al biennio precedente, le prestazioni di ciascuna polizza e i costi eventuali a carico degli associati: **quindi non vi sarà alcun aggravio di spesa per colleghi e colleghe, pensionati, pensionate ed esodati/e.**

Questo è un fatto di particolare rilievo, assolutamente in controtendenza, non fosse altro per la mancata incidenza della c.d. “inflazione sanitaria” pari al 6% annuo, e per aver in pratica annullato l'impatto dell'invecchiamento della popolazione coperta dalle polizze: due fattori questi, inflazione sanitaria e invecchiamento, che, di norma, portano a offerte di rinnovo più gravose dal punto di vista dei premi da versare.

L'offerta di una compagnia specializzata nel ramo salute, RBM Salute, ha fornito a Uni.C.A. l'opportunità di utilizzare al meglio le proprie risorse, con **un cospicuo risparmio nel biennio 2014 - 2015.**

Questi risparmi fungeranno, opportunamente accantonati, da polmone al quale attingere in caso di necessità.

La scelta di un nuovo partner assicurativo ha portato con sé, come conseguenza diretta, un ulteriore cambiamento, **quello del provider, che sarà Previmedical per tutti, lavoratori e lavoratrici, in servizio, in esodo e in pensione.**

Questa scelta, oltre a realizzare i risparmi di cui sopra, offrirà a tutti/e la medesima rete convenzionata, senza quelle differenziazioni che penalizzavano alcuni territori in modo particolare. Cionondimeno, **poiché il 60% degli associati cambierà provider, si potranno verificare dei disagi. I dettagli principali saranno oggetto del capitolo 6.**

La copertura odontoiatrica obbligatoria è confermata per costi e contenuti e anche per il provider, che resta Pronto-Care (vedi il capitolo 13).



2. I NUOVI NOMI DELLE POLIZZE

Per il biennio 2014-2015 è necessario per tutti i colleghi e colleghe, in servizio, in pensione, in esodo ovvero al Fondo Sociale per l'Occupazione (ossia coloro che, usciti dal Fondo di Solidarietà, non hanno ancora maturato il diritto alla pensione), procedere al rinnovo dell'adesione alle polizze sanitarie offerte da Uni.C.A.

Questo in ogni caso, vale per tutti, anche per coloro i quali non hanno intenzione di cambiare polizza o di variare i/le componenti del nucleo familiare, che siano a fiscalmente a carico oppure no.

Altro punto, che è solo formale ma che potrebbe essere cagione di fraintendimenti difficili poi da rimediare, è che le polizze sono state in buona parte **rinominate** (anche se le prestazioni sono rimaste le stesse) secondo questo prospetto:

COLLEGHI/E IN SERVIZIO E IN ESODO

<i>old</i>	<i>new</i>
NUOVA BASE	BASE (<i>riservata unicamente agli assunti ex accord 2010</i>)
NUOVA STANDARD	STANDARD
PLUS	PLUS
NUOVA EXTRA	EXTRA 3

PERSONALE IN QUIESCENZA O AL FONDO SOCIALE PER L'OCCUPAZIONE

<i>old</i>	<i>new</i>
NUOVA BASE	BASEp
NUOVA BASE +	BASEp+
NUOVA STANDARD	STANDARDp
PLUS	PLUSp
NUOVA EXTRA	EXTRAp



3. CHE COSA COPRE Uni.C.A. E CON QUALI RISORSE

Uni.C.A., la Cassa di Assistenza Sanitaria del Gruppo UniCredit, copre, attraverso la sottoscrizione di polizze assicurative, le spese per cure mediche sostenute a causa di una malattia o di un infortunio ovvero del parto. Non rientrano pertanto nella copertura assicurativa le visite, accertamenti o altro correlati a normali stati fisiologici (es. la gravidanza).

Le risorse economiche sono rappresentate da:

- I contributi aziendali versati dall'Azienda per ciascun dipendente e per gli esodati nel Fondo di Solidarietà (che di seguito saranno sempre considerati parlando di dipendenti)
- I contributi di ciascun dipendente nei casi previsti (adesione a polizza diversa da quella attribuita di diritto, inclusione in polizza di familiari non fiscalmente a carico).

Ricordiamo che i termini per la richiesta di rimborso sono due (2) anni dal momento del sinistro (ricovero/cura/diagnostica).

Uni.C.A, con fondi propri, sin dal 2007, realizza campagne di prevenzione, che saranno replicate anche per il biennio 2014-2015; colleghi e colleghe saranno opportunamente informati tramite portale aziendale e informativa sindacale.



4. COME SCEGLIERE: LE DIFFERENZE SOSTANZIALI TRA LE POLIZZE STANDARD/ PLUS/ EXTRA 3.

Lo scorso 31 dicembre sono venute meno le coperture del triennio 2012-2013. Come detto in premessa, la trattativa con le Compagnie Assicuratrici ha portato all'accordo con la Compagnia RBM Salute, a condizioni particolarmente favorevoli.

Il contributo aziendale è stato confermato e consente, di default, l'adesione:

- per i colleghi/e appartenenti alle Aree Professionali e ai QD1-2 alla polizza Standard;
- per i colleghi/e QD3-QD4 alla polizza Plus.
- per i Dirigenti di Banding 3 alla polizza Extra 3.

Tuttavia ciascun dipendente può liberamente scegliere di aderire a una polizza diversa da quella assegnatagli/le dal proprio inquadramento, sempre che ciò non comporti una spesa inferiore al contributo aziendale.

Quindi, per fare solo un esempio, un collega QD3 non potrà aderire alla polizza Standard.

Chi intende passare a una polizza più "ricca", dovrà accollarsi la differenza di prezzo, confermata anche per questo biennio:

da Standard a Plus: 263 euro

da Standard a Extra 3 : 715 euro

da Plus a Extra3: 440 euro

Una scelta consapevole è frutto di una conoscenza delle differenze tra i diversi contenuti di polizza. Di seguito presentiamo le fondamentali. **Ricordiamo che non sono state apportate variazioni ai contenuti delle polizze rispetto al biennio scorso.**

a. Franchigie in Rete Convenzionata

Per visite specialistiche e diagnostica ordinaria:

Standard: 30 euro per visita/diagnostica

Plus: 10 euro per visita/diagnostica

Extra 3: 10 euro per visita/diagnostica

Cure e diagnostica di alta specializzazione

Standard: 20 euro per cura/diagnostica

Plus: nessuna franchigia

Extra 3: nessuna franchigia

Ricordiamo che per le cure oncologiche non sono previste franchigie.

Ricoveri con o senza intervento (anche in Day Hospital).

Standard: 200 euro

Plus: 200 euro

Extra 3: nessuna franchigia

Ricordiamo che i Grandi Interventi (v. elenco a portale), il parto cesareo e quello fisiologico non comportano esborso di franchigia alcuna, né in Rete convenzionata né fuori Rete.



Correzione miopia (nei casi previsti)

Standard:	350 euro
Plus:	350 euro
Extra 3:	nessuna franchigia

b. Massimali di copertura

Visite specialistiche e diagnostica ordinaria

Standard:	3.000 euro per nucleo e per anno
Plus:	3.000 euro per nucleo e per anno
Extra 3:	5.500 euro per nucleo e per anno

Cure e diagnostica di alta specializzazione

Standard:	5.000 euro per nucleo e per anno
Plus:	5.000 euro per nucleo e per anno
Extra 3:	7.500 euro per nucleo e per anno

Ricoveri con o senza intervento (anche in Day Hospital)

Standard:	150.000 euro per nucleo e per anno
Plus:	150.000 euro per nucleo e per anno
Extra 3:	500.000 euro per nucleo e per anno

Ricoveri per Grande Intervento

Standard:	300.000 euro per ricovero
Plus:	300.000euro per ricovero
Extra 3:	500.000 euro per ricovero

Correzione miopia (nei casi previsti)

Standard:	150.000 euro per nucleo e per anno
Plus:	150.000 euro per nucleo e per anno
Extra 3:	500.000 euro per nucleo e per anno

Parto fisiologico

Standard:	3.000 * euro per nucleo e per anno
Plus:	3.000 * euro per nucleo e per anno
Extra 3:	5.000 * euro per nucleo e per anno

* a valere sul massimale totale per ricoveri

Parto cesareo

Standard:	6.000 * euro per nucleo e per anno
Plus:	6.000 * euro per nucleo e per anno
Extra 3:	9.000 * euro per nucleo e per anno

* a valere sul massimale totale per ricoveri



Cure Oncologiche

Standard: 10.000 * euro per nucleo e per anno

Plus: 10.000 * euro per nucleo e per anno

Extra 3: 12.000 * euro per nucleo e per anno

* in caso di esaurimento si va a utilizzare il massimale delle cure di alta specializzazione

c. Diagnosi comparativa per gravissime patologie

Standard: non coperta

Plus: coperta (v. elenco patologie per cui è prevista a pagina 29 del prospetto "Piani Sanitari 2014-2015 che alleghiamo)

Extra 3: coperta (v. elenco patologie per cui è prevista come sopra)

d. Diaria sostitutiva per ricoveri a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale

Standard e Plus:

80 euro/giorno per ricovero con intervento

60 euro/giorno per ricovero senza intervento

40 euro al giorno per Day Hospital con intervento

30 euro al giorno per Day Hospital senza intervento

100 euro al giorno per Grande Intervento

Extra 3:

100 euro/giorno per ricovero con intervento

100 euro/giorno per ricovero senza intervento

50 euro al giorno per Day Hospital con intervento

50 euro al giorno per Day Hospital senza intervento

120 euro al giorno per Grande Intervento

e. Fisioterapia

La sola differenza tra le polizze in questo caso è data dal massimale:

Standard: 700 euro per nucleo e per anno

Plus: 700 euro per nucleo e per anno

Extra 3: 5.500 euro per nucleo e per anno compreso nel massimale visite specialistiche.

Ricordiamo che per tutto il personale senza differenziazioni di polizza, la Fisioterapia è coperta, sempre, nei 120 giorni dopo un ricovero (con o senza intervento), anche dopo un parto cesareo ma non dopo il parto fisiologico.

Inoltre è prevista, per tutto il personale senza differenziazioni di polizza a seguito di:

- infortunio, certificato da Pronto Soccorso e comunque sempre in presenza di prescrizione di medico ASL ovvero medico specialista;
- gravi patologie quali ictus cerebrale, tumori, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche, quali ad esempio la sclerosi multipla, la sclerosi amiotrofica e il morbo di Parkinson;
- interventi di cardiocirurgia e chirurgia toracica;
- amputazione di arti.



Quindi è indispensabile, in caso di infortunio, anche apparentemente di poco conto, recarsi al pronto soccorso: infatti, solo l'attestazione di tali strutture dà il diritto alla copertura, in forma diretto o indiretta, del trattamento fisioterapico conseguente.

Inoltre, perché sia rimborsabile, la prestazione fisioterapica va prestata solo da medico specialista - centri medici specializzati - terapisti della riabilitazione

f. Rimborso occhiali/lenti a contatto

Standard: nessuna previsione
Plus: rimborso occhiali/lenti a contatto massimale eur
300/anno/nucleo di cui 120 a persona
Extra 3: rimborso occhiali/lenti a contatto massimale eur
400/anno/nucleo di cui 150 a persona

g. Agopuntura

Standard: nessuna previsione
Plus: nessuna previsione
Extra 3: rimborso terapia dietro prescrizione medica, prestazione resa da medico.
Massimale 5.500/anno/nucleo assicurato compreso nel massimale per le
visite specialistiche. Franchigia 20%, minimo 40 euro per fattura.



5. LA POLIZZA "BASE", DESTINATA ESCLUSIVAMENTE AI/ALLE ASSUNTI/E EX ACCORDO 18/10/2010

Uni.C.A. offre ai colleghi assunto in base all'accordo 18/10/2010, che non godono del contributo aziendale, una polizza a prezzo contenuto, poiché il costo è completamente a loro carico (in allegato il dettaglio dei costi per il titolare e i familiari)

Per il biennio 2014-2015 la polizza offerta è la medesima dello scorso biennio, la Polizza BASE, al costo di eur 450 con prestazioni che riassumiamo di seguito:

- ✓ ricovero con /senza intervento, anche in Day Hospital:
massimale eur 100.000 per nucleo assicurato per anno;
franchigia in rete eur 500, fuori rete 10% minimo 1500 eur;

- ✓ ricovero con grande intervento
massimale eur 150.000 per nucleo assicurato per anno;
franchigia in rete eur 500 , fuori rete 10% minimo 1.500 eur;

- ✓ parto fisiologico
massimale eur 2.500 per nucleo assicurato per anno;
nessuna franchigia;

- ✓ parto cesareo
massimale eur 3.500 per nucleo assicurato per anno;
nessuna franchigia;

- ✓ ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale
diaria pari a eur 55 al giorno (la metà nel caso di Day Hospital);

- ✓ cura e diagnostica di alta specializzazione (come da elenco a portale)
massimale eur 4.500 per nucleo assicurato per anno;
franchigia in rete eur 50 , fuori rete 20% minimo eur 80 per prestazione/ciclo di terapia;

- ✓ visite specialistiche:
coperte solo quelle cardiologiche e oncologiche
massimale eur 2.500 per nucleo assicurato per anno;
franchigia in rete eur 50 , fuori rete 20% minimo eur 80;

- ✓ chirurgia odontoiatrica:
prevista, come per tutti le polizze, a seguito osteiti e neoplasie mascellari e mandibolari;

- ✓ visite specialistiche e cure odontoiatriche
ammesse solo se a seguito infortunio- certificato da Pronto Soccorso- con massimali
 - eur 2.500 per le visite (all'interno del massimale per le visite specialistiche)
 - eur 3.000 per le cure , per nucleo assicurato per anno.Nessuna franchigia prevista.

- ✓ 100% rimborso del ticket:
solo se a seguito prestazione prevista in polizza.



6. NOVITÀ PER IL BIENNIO 2014-2015

a. contenuti polizze

La sola variazione ai contenuti delle polizze riguarda l'elenco delle cliniche convenzionate il cui accesso è riservato ai titolari della polizza EXTRA 3 (le cosiddette *Cliniche Top*). L'elenco è verificabile sul sito di UniC.A. nel documento "Piani Sanitari 2014 – 2015", a pagina 3, che alleghiamo per comodità.

b. I Provider

Provider unico per tutte le colleghe e i colleghi in servizio, in esodo e in quiescenza sarà Previmedical.

Per i rimborsi ancora da richiedere / ottenere relativi al biennio precedente, sarà necessario far riferimento ai provider che garantivano la copertura nel periodo in oggetto.

Per questa ragione, a portale continueranno ad essere presenti anche i link ad *Assirecre* e *Winsalute*, unicamente per le richieste di rimborso 2012-2013.

Per la sola polizza odontoiatrica (vedi capitolo 13), è invece confermato il precedente provider, *Pronto-care*.

Contatti con entrambi i provider: v. punto 16

c. Garanzia del livello di servizio!!!!

Sono state introdotte penali, a carico di Previmedical, collegate alla tempistica dei pagamenti dei rimborsi; tali importi, fino ad massimo dell'1% del premio annuo con un minimo di eur 10, andranno a vantaggio degli assistiti penalizzati dai ritardi, secondo le seguenti percentuali:

- per prestazioni ospedaliere: uno 0,025% del valore di rimborso spettante a ciascun assistito per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto per lo svolgimento dell'attività (10 giorni lavorativi).
- prestazioni extraospedaliere: uno 0,05% del valore di rimborso spettante a ciascun assistito per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto per lo svolgimento dell'attività (10 giorni lavorativi)

Questo nuovo meccanismo di monitoraggio della qualità del servizio e le conseguenti eventuali penali potrà trovare applicazione solo alla fine del primo periodo di start-up dei nuovi servizi, a partire quindi dal 1 luglio 2014.



7. QUANDO E COME ADERIRE

A partire dal 20 Gennaio e improrogabilmente sino a tutto il 7 febbraio 2014 alle ore 17.00 sarà possibile aderire alle polizze per il nuovo biennio 2014-2015; la scelta quindi sarà per due anni e non vi saranno possibilità di revoca o di inserimento se non quelle previste dallo statuto di Uni.C.A (capitolo 9).

Si comprende quindi come sia importante aderire nel modo corretto, includendo tutti i soggetti che si desidera siano coperti dalla polizza: allo scopo è necessario preliminarmente verificare che i familiari che si intendono inserire siano presenti nella “gestione familiari” del portale aziendale, HR>I MIEI DOCUMENTI>GESTIONE FAMILIARI, ed eventualmente inserirli.

Si tratta di un passaggio preliminare che non sostituisce l’indicazione del familiare al momento della adesione, che va comunque fatta.

Nel momento vero e proprio della scelta della polizza, la videata riproporrà, oltre al titolare di polizza, unicamente i familiari a carico, come risultati nel biennio precedente: è assolutamente necessario prestare estrema attenzione in questa fase, verificare esattamente i familiari a carico, fare le eventuali variazioni e inserire in polizza i familiari non fiscalmente a carico che si intendono far rientrare nella copertura fornita da Uni.C.A.

a. I colleghi/e c.d “lungo assenti”

che potrebbero avere difficoltà ad accedere al portale aziendale, riceveranno la documentazione per procedere alla adesione, in forma cartacea presso loro residenza: in questo caso i termini di adesione sono, ovviamente, più estesi nel tempo, protrandosi sino a fine marzo.

b. I/Le figli/e

I figli a carico sono compresi nella polizza del titolare, senza esborsi aggiuntivi.

I figli non fiscalmente a carico e presenti nello stato di famiglia sono includibili con un esborso di EUR 349/anno (polizza Standard), EUR 489/anno (polizza Plus), EUR 582 (polizza Extra 3).

I figli non fiscalmente a carico e non conviventi sono includibili fino al compimento dei 35 anni di età con un esborso di EUR 650/anno (polizza Standard), EUR 900/anno (polizza Plus), EUR 1300/anno (polizza Extra 3).

Ricordiamo che non è possibile includere in polizza solo alcuni dei familiari non fiscalmente a carico ma vanno inseriti TUTTI (figli e altri familiari) i soggetti non fiscalmente a carico, presenti nello stato di famiglia. Ad esempio, se si inserisce un figlio non fiscalmente a carico, va inserito anche il secondo, se non fiscalmente a carico e presente nello stato di famiglia.

c. Il coniuge

Il coniuge, anche separato, ovvero il convivente “more uxorio” (risultate dallo stato di famiglia), se fiscalmente a carico, è inserito in polizza senza ulteriore esborso da parte del titolare.

Se invece i soggetti sopra indicati sono non fiscalmente a carico, possono essere inclusi in polizza con il pagamento di un premio differenziato secondo l’età e della polizza sottoscritta dal titolare (v. prospetto allegato alla presente).



d. Il caso dei coniugi/conviventi more uxorio, entrambi dipendenti, ovvero uno/a dipendente e l'altro/ esodato.

Qualora i coniugi siano entrambi dipendenti del Gruppo (cui va assimilato il caso di un coniuge in servizio e l'altro in esodo anticipato nel Fondo di Solidarietà) si aprono loro due possibilità alternative:

1) ciascuno mantiene, individualmente, la propria polizza.

2) uno dei due (di norma quello che gode del contributo aziendale di importo inferiore) rinuncia (deve entrare nel portale per rinunciare) alla propria polizza e si fa inserire come coniuge non fiscalmente a carico nella polizza del marito/moglie dipendente; di conseguenza, nel caso, per esempio, di inserimento nella polizza più favorevole, il titolare di polizza pagherà la differenza, se esiste, tra il contributo aziendale e il premio previsto per l'adesione di coniuge non fiscalmente a carico: es. coniuge QD3 che inserisce il marito/moglie QD1 – destinatario, di default, di Standard - nella propria Polizza (Plus) non pagherà nulla di aggiuntivo in quanto l'importo previsto per inserire in polizza il coniuge non fiscalmente a carico è inferiore rispetto al contributo aziendale per il QD1 (650 euro).

Per quanto riguarda la polizza odontoiatrica, in caso di coniugi/conviventi entrambi dipendenti, v. punto 13 della presente, sub c).

La medesima opzione è a disposizione del personale esodato nel Fondo di Solidarietà di settore, che, ricordiamo, è del tutto assimilato, per quanto riguarda Uni.C.A al personale in servizio (tranne per la polizza odontoiatrica collettiva, per cui si rimanda al punto 13 della presente).

e. Altri familiari

I familiari conviventi, fiscalmente non a carico, possono essere inseriti in polizza, sempre che, come detto al presente capitolo sub a), vengano inseriti tutti i familiari risultanti sullo stato di famiglia.

Può essere inserito in polizza il genitore ultrasessantenne non convivente con reddito individuale lordo per l'anno 2013 inferiore a eur 26.000.

Per ricevere dallo S.S.C informazioni riguardanti il processo di adesione v.si punto 16

8. IL CARICO FISCALE

Per quanto riguarda il punto delicato del "carico non carico" fiscale, e ciò vale per tutti i familiari iscritti in polizza, farà fede per il 2014 la situazione consolidata del 2013, per il 2015 la situazione consolidata del 2014: per esempio il figlio fiscalmente a carico nel 2013, è considerato a carico per il 2014; nel caso in cui nel corso del 2014 il reddito sia tale da spostare la situazione da "a carico" a non fiscalmente a carico", l'impatto sulla polizza avverrà solo nel 2015.

All'atto dell'adesione alla polizza sarà possibile allegare i documenti a comprova della situazione di famiglia (di norma la prima facciata del mod. 730) per sostenere l'inserimento "a carico" di un familiare.



9. IL PERIODO TRANSITORIO

Per transitorio si intende il periodo dal 1 gennaio 2014 al completamento della procedura di adesione con relativa comunicazione ai provider delle liste delle adesioni raccolte alle diverse polizze: terminerà presumibilmente intorno alla fine di febbraio 2014 per i colleghi in servizio, metà aprile per pensionati ed esodati.

In questo lasso di tempo la forma di copertura diretta è sospesa per le visite specialistiche e per la diagnostica, mentre è ammessa, per il titolare di polizza e i familiari fiscalmente a carico già assicurati nel 2013, per i ricoveri, utilizzando il modulo apposito che per comodità alleghiamo.

In questo limitato periodo le visite specialistiche e la diagnostica, anche se effettuate presso centri convenzionati, saranno rimborsati in forma indiretta con la trattenuta della franchigia, ad **eccezione** delle prestazioni che in polizza sono esenti da franchigia sia in rete che fuori rete, ad esempio le cure oncologiche, il cui costo sarà rimborsato al 100%.

I ticket per prestazioni effettuate tramite il Servizio Sanitario Nazionale (e coperte dalla polizza) sono normalmente rimborsati al 100%.

NB: Nel caso di prestazioni effettuate nel 2014 ma nel termine dei 100 giorni da un intervento subito nel 2013, il rimborso andrà richiesto al provider di riferimento nel 2013.

10. CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE IN CORSO DI VIGENZA DI POLIZZA

Dando per assodato che l'adesione alla polizza è irrevocabile per l'intero biennio di vigenza (2014-2015), il mancato inserimento nelle assistenze impedisce successive adesioni/inclusioni per il succitato biennio, fatte le sottostanti eccezioni:

per l'adesione

- Assunzione
- Nascita, adozione, affidamento di figlio/a
- Matrimonio
- Insorgere di convivenza more uxorio o/e di altro familiare non a carico (fa fede lo stato di famiglia)
- Cessazione, per un familiare, di copertura sanitaria collettiva presso altro datore di lavoro.

In tali casi l'inclusione decorre dalla data dell'evento e va effettuata entro 90 giorni dalla predetta data;

per la revoca

- Cessazione dal servizio (salvo personale in esodo/quiescenza)
- Decesso dell'assistito o del familiare incluso in polizza
- Divorzio
- Venir meno della convivenza per il convivente more uxorio ovvero per i familiari fiscalmente non a carico (fa fede lo stato di famiglia)
- Adesione di un familiare a copertura sanitaria collettiva



- predisposta dal datore di lavoro
- Raggiungimento del limite di età se previsto dalle singole polizze.

Le coperture restano comunque in essere sino al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificato l'evento e i contributi sono dovuti sino a tale data.

11. CAMBIAMENTI DI INQUADRAMENTO NEL CORSO DEL BIENNIO DI VIGENZA DELLE POLIZZE

In caso di promozione che influisca sulla tipologia di polizza alla quale il dipendente ha diritto di default (passaggio a QD3 ovvero promozione a Dirigente) la copertura originaria resterà in vigore sino alla fine dell'anno in corso, per cambiare il primo gennaio dell'anno successivo. Ovviamente al/alla collega sarà riproposta la facoltà di rinnovare o meno le adesioni dei familiari a pagamento, in quanto la spesa è superiore.

12. ASPETTI FISCALI

Gli eventuali costi sanitari per l'adesione alle polizze a carico dei colleghi (esempio per iscrizione di familiari non fiscalmente a carico, ovvero la spesa per la polizza sanitaria collettiva) sono tutti deducibili dal reddito, concorrendo alla riduzione dell'imponibile: questo, però, si realizza già direttamente in busta paga e quindi nulla va inserito nella dichiarazione dei redditi.

Al contrario la parte non rimborsata di prestazioni sanitarie, ad esempio tutte le franchigie pagate dai colleghi ovvero trattenute, vanno inserite nella dichiarazione dei redditi (730 o UNICO che sia) dell'anno di riferimento.

13. LA POLIZZA ODONTOIATRICA COLLETTIVA

La copertura odontoiatrica offerta da Uni.C.A. per il periodo 1/2/2014-31/1/2016 è stata confermata sia nei costi sia nelle prestazioni:

a) la polizza odontoiatrica collettiva, obbligatoria per tutti i dipendenti (ma non per gli esodati che possono aderire facoltativamente, e non per i neo assunti del punto 5, ai quali sarà obbligatoriamente applicata solo ove aderiscano alla polizza a loro dedicata) è stata confermata, con un massimale annuo di eur 1.000, allo stesso costo del 2013, differente per inquadramento **il cui importo verrà come di consueto addebitato in tre rate (40% aprile, 30% giugno 30% dicembre) :**

I costi distinti per inquadramento:

A2.1 95,25 - A2.2 97,90 - A2.3 101,82 - A3.1 108,38 - A3.2 114,32 - A3.3 121,15 - A3.4 130,25 - QD1 148,51 - QD2 157,87 - QD3 176,85 QD4 208,78 - DIRIGENTI 265,86



b) L'estensione al nucleo familiare è facoltativa per tutti al costo di 500 euro, con massimale annuo per nucleo assicurato – titolare compreso – di 1.500 euro.

L'estensione entrerà in vigore solo a condizione che aderiscano almeno il 5% degli aventi diritto

c) I coniugi/conviventi more uxorio, entrambi dipendenti, godono di due polizze obbligatorie distinte. Ciascun coniuge pagando il costo previsto (500 euro) , potrà, facoltativamente, estendere la polizza al nucleo familiare assicurato da Uni.C.A. (cioè tutti i familiari inseriti in copertura, siano essi a carico che non fiscalmente a carico).

Per i contatti con il provider Pronto-Care v.si punto 16

d) È stata confermata per il biennio, la polizza dedicata al personale proveniente dalla EX Cassamarca a un costo pari a EUR 1132,75 per nucleo familiare. Ricordiamo il periodo di copertura per questa specifica polizza (cd. "Denti Treviso"): 1/1/2014 – 31/12/2015. Questa polizza, a differenza della odontoiatrica collettiva, è gestita dal provider Previmedical.

14. LA COPERTURA DI UNI.C.A. IN CASO DI VIAGGI ALL'ESTERO.

La Cassa di Assistenza copre il personale e i familiari inseriti in copertura anche nei loro viaggi e soggiorni all'estero.

Per maggiore tranquillità, soprattutto quando ci si rechi in paesi extra europei, è opportuno che il titolare di polizza richieda per se o/e per i propri familiari inseriti in polizza, con un congruo anticipo, la Dichiarazione di associazione a Uni.C.A, da portare con se, in caso di necessità, nel corso del viaggio, le modalità di richiesta di tale certificazione - che è firmata dalla Compagnia Assicurativa e esplicita, nero su bianco, in lingua inglese, le prestazioni coperte e i massimali di copertura – va fatta con un HR Web Ticket, indicando nome e cognome della/e persona/e che intraprenderà/no il viaggio, il loro codice fiscale, il periodo di permanenza all'estero, viaggio compreso (per esempio da 1.2.2014 al 7.2.2014) e indicando sempre chi è il titolare della polizza.

15. IL SITO WEB DI UNI.C.A.

Dallo scorso novembre è attivo il sito Web di Uni.C.A. consultabile da tutti/e, anche indipendentemente dall'accesso al portale aziendale. <https://unica.unicredit.it>



16. CONTATTI

Previmedical:

numero verde 800.90.12.23
numero con tariffa agevolata 199.28.51.24
per chiamate dall'estero 0039 0422.17.44.023

E-Mail: assistenza.unica@previmedical.it

Centraleoperativa.unica@previmedical.it

Sito internet: www.unica.previnet.it

Pronto-Care:

numero verde 800.66.24.75

E-Mail: infooperunica@pronto-care.com

Per informazioni sulle liquidazioni: liquidazioni@pronto-care.com

Sito internet: <http://www.pronto-careperunica.com/>

Per le informazioni sul processo di adesione e su tutto quello che riguarda la parte meramente amministrativa

- i colleghi/e in servizio potranno chiamare lo S.S.C Shared Service Center al numero 800 15 15 15 00 ovvero inoltrare un HR Web Ticket;
- il personale in esodo potrà chiamare il seguente numero dedicato presso S.S.C. dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 02786863988 ovvero/86863990 oppure inviare una mail a ucipolsan@unicredit.eu;
- il personale in quiescenza potrà chiamare il seguente numero dedicato presso S.S.C. dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 02786863988 ovvero/86863990 oppure inviare una mail a polsanpen@unicredit.eu

