Piani sanitari individuali integrativi facoltativi: valenza 1/1/2018-31/12/2018

Da quest'anno l'offerta di Uni.C.A. propone **ai soli dipendenti** sei piani integrativi delle polizze principali, facoltativi e a pagamento, che vanno ad aggiungersi alle coperture già offerte.
I pacchetti proposti sono sei e possono essere sottoscritti anche singolarmente, per esempio solo uno sui sei offerti.

Il costo di sottoscrizione, addebitato mensilmente sul cedolino stipendio, sarà diverso in relazione ai massimali di rimborso - vedasi a pagina 2 (*) - e in relazione alla presenza di familiari nella polizza principale di Uni.C.A. e cioè:

- **copertura ALTA /copertura TOTALE con differenti ai massimali**
- **contributo Single /contributo Nucleo, relativamente alla presenza dei familiari nella polizza principale di Uni.C.A.**

Infatti:
1) qualora Il/la dipendente abbia all'interno della polizza principale dei familiari, che siano fiscalmente a carico o non a carico, la polizza integrativa **dovrà essere sottoscritta esclusivamente nella versione "contributo nucleo";**
2) se, viceversa nella polizza principale, vi è solo il titolare e non altri, la versione della copertura integrativa da sottoscrivere sarà "**contributo single"**. Tuttavia il Titolare potrà, per sfruttare massimali più alti, sottoscrivere la versione "contributo nucleo".

NB: familiari non inseriti nella polizza principale di Uni.C.A. non potranno fruire dei piani integrativi.

I piani INTEGRATIVI sono 6:
per prezzi e massimali vedasi l'allegato documento 'Tutto salute Uni.C.A, mentre per il dettaglio delle condizioni di polizza , sempre in allegato a questa nota, troverete "Condizioni di Polizza RBM".

1)Long Term Care (ovvero Non Autosufficienza e Servizi Assistenziali) dedicata ai soli familiari (poiché i dipendenti godono della apposita copertura prevista dal CCNL);
2)Medicinali
3)Lenti e occhiali
4)Medicina alternativa relativamente a agopuntura, osteopatia, chiropratica.
5)Medicina estetica

(*) sono previsti per questi primi cinque pacchetti, due livelli di copertura a prezzi diversi e differenti massimali**, COPERTURA ALTA / COPERTURA TOTALE**(*)

6)Copertura 'franchigie e scoperti' non liquidati dalle polizze principali (STANDARD, PLUS, EXTRA). Per questa forma integrativa vengono offerte 4 diverse opzioni a prezzi diversi e diversi massimali di rimborso.

Le polizze principali, ove garantiscano analoga copertura (es. Plus/Extra per gli occhiali), intervengono sempre in prima istanza e le polizze integrative in seconda istanza.

(**) Per quanto riguarda la così detta "carenza" ovvero il periodo di tempo compreso tra la data in cui si aderisce alla polizza integrativa e quella in si è a tutti gli effetti assicurati (e quindi con diritto alla copertura diretta o indiretta) ecco il dettaglio delle eventuali carenze o della loro assenza(**):
-Nessuna carenza per la Long term Care
-45 giorni per tutte le altre coperture (rimborso dopo il 16 febbraio 2018) salvo il caso di infortunio,

E' aperta un'apposita campagna di sottoscrizione dal 22/01/2018 al 9/02/2018 seguendo il percorso:
HR GATE>EMPLOYEE SELF SERVICE>ALTRI DOCUMENTI>ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

DA LISTA POLIZZE SELEZIONARE ANNO 2018 POI OPZIONI INTEGRATIVE AL PIANO

La forma indiretta a rimborso sarà attivabile dal 1/1/2018.
La forma diretta avrà decorrenza dal momento in cui verrà chiusa la fase di adesione, intorno alla fine di febbraio 2018.
Vantaggi fiscali: il costo delle polizze integrative abbatte l'imponibile del contribuente, generando un beneficio fiscale in relazione all' applicazione dell'aliquota marginale di ciascuno.

I costi potranno essere rimborsati anche con utilizzo del conto welfare.

Entrando nello specifico delle singole polizze:

Long Term Care (ovvero Non Autosufficienza e Servizi Assistenziali) .Questa copertura opera quando il soggetto non è più in grado di adempiere alle attività primarie a causa di infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico. Verrà valutata la capacità dell'assistito di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione (ADL-Activities of Daily Living ovvero Indice di Dipendenza nelle Attività Quotidiane). Tale valutazione sarà effettuata dal Medico curante sulla base della tabella inserita nelle condizioni di polizza (allegate alla presente comunicazione) inoltre dovrà essere presentata una relazione del medico curante. La copertura opera con riferimento a casi di non autosufficienza che sopravvengano nel periodo dal 01/01/2018 al 31/12/2018. **Nei casi di non autosufficienza o inabilità accertati in periodo precedente la polizza integrativa non interviene**.
La garanzia opera se la non autosufficienza si protrae per oltre 90 giorni e quindi i rimborsi saranno liquidabili solo dopo tale periodo.
Il livello di protezione ALTA prevede un rimborso di prestazioni di assistenza fino a € 7.000,00, il livello TOTALE fino a € 10.000,00: il rimborso interviene a fronte di adeguata documentazione di spesa.
Sono compresi in questa stessa copertura:
Servizi assistenziali erogati solo tramite della rete convenzionata Previmedical quali:
Consulenza telefonica medico specialistica 24 ore su 24
Guardia Medica Permanente (telefonica)
Second opinion, una volta fornita la documentazione medica l'assistito potrà ricevere un secondo parere da strutture di eccellenza
Tutoring (telefonico) per un aiuto ad esempio nella scelta dei migliori percorsi terapeutici e per la gestione dei propri bisogni assistenziali
Trasporto sanitario-Trasferimento sanitario-Rientro sanitario, se l'assistito, ricoverato a seguito di infortunio o malattia ha necessità di essere trasportato da casa ad istituto di ricovero o viceversa, oppure da un istituto di ricovero ad un altro, sino a un massimo di 300 km di percorso complessivo e con un massimale per evento di € 1.500,00. In caso di infortunio improvviso o malattia se l'assicurato si trova ad una distanza di almeno 50 km. È previsto un massimale di € 700,00.
Rimpatrio della salma. Massimale di € 2.000,00 in caso di decesso all'estero durante ricovero conseguente ad intervento chirurgico.

Carenza non prevista - vedi pagina 2 (**).

CGIL FISAC UniCredit

Rimborso di medicinali e ticket per acquisto di medicinali.

La garanzia prevede il rimborso delle spese per l'acquisto di medicinali prescritti da medico curante o specialista compresi i generici, con l'esclusione di medicinali omeopatici, preparazioni galeniche, parafarmaci. La garanzia prevede inoltre il rimborso della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sempre per la medesima categoria di "medicinali".
L'Assistito/a dovrà presentare copia o immagine della ricetta completa di fustelle dei farmaci acquistati, fattura nominativa o scontrino parlante con la specifica dei prodotti acquistati. Sarà

ritenuta valida anche l'indicazione del farmacista sulla ricetta del costo dei prodotti (con il timbro della farmacia), sempre unitamente allo scontrino fiscale.
È previsto uno scoperto del 25% sulle spese sostenute. Salvo il caso di infortunio, deve trascorrere un periodo di 45 giorni (carenza) dalla data di sottoscrizione per richiedere i rimborsi.
Massimali annuali a persona:
protezione ALTA € 350,00 per farmaci e € 350,00 per ticket;
protezione TOTALE € 500,00-a persona-per entrambe le casistiche di rimborso, farmaci e ticket.
Per i costi di adesione, come detto, vedasi allegato Tutto salute Uni.C.A.

Lenti ed occhiali

La garanzia prevede il rimborso delle spese sostenute per acquisto di un paio di occhiali all'anno a seguito di prescrizione o cambiamento del visus certificato da oculista o ottico optometrista.
È previsto un periodo di carenza di 45 giorni dalla data di valenza della polizza (1/1/2018) per richiedere i rimborsi.
Massimali annuali a persona:
protezione ALTA € 130,00,
protezione TOTALE € 150,00.
Franchigia pari a € 15,00 per occhiale in ottici convenzionati (come da elenco a portale, nella ricerca ottici) e di € 30,00 per occhiale acquistato presso ottici non convenzionati.
Altre Voci
Solo per gli acquisti effettuati presso ottici convenzionati, la garanzia prevede, il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di occhiali (lenti e montatura) o lenti a contatto e relativi materiali di consumo a seguito di cambiamento del visus certificato da oculista o ottico optometrista. In questo caso il rimborso può essere chiesto a partire dalla data di sottoscrizione della garanzia. Per ciascuna prestazione secondo la protezione alta o totale viene applicata una franchigia fissa (vedi tabelle allegate). La spesa degli acquisti viene liquidata in misura integrale da RBM Salute all' ottico convenzionato; l'assistito/a pagherà solamente il costo della franchigia fissa.
Massimali Illimitati per entrambe i livelli di protezione.

ATTENZIONE: IN OGNI CASO, SIA CHE SI UTILIZZI LA RETE CONVENZIONATA O CHE NON LA SI UTILIZZI SI POSSONO ACQUISTARE UN SOLO PAIO DI OCCHIALI OPPURE DI LENTI A CONTATTO OGNI VOLTA CHE CAMBIA IL VISUS.
QUINDI PER OGNI ACQUISTO SERVE UNA PRESCRIZIONE CHE ATTESTI LA MODIFICA DEL VISUS.

Medicina alternativa.

Sono ricomprese in questa copertura le spese per le pratiche di medicina 'non convenzionale' esclusivamente rappresentate da:
- agopuntura se effettuata da operatore laureato in medicina e chirurgia
- osteopatia
- chiropratica

Il rimborso può essere richiesto solo in presenza di un referto medico che contenga la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento. Devono essere inoltre effettuate da un Medico ovvero presso un Centro Medico (vale a dire struttura dotata di direzione sanitaria e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità; può anche non essere adibita al ricovero ma non deve essere finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica) o da personale con diploma

abilitante. Se si utilizzano strutture convenzionate con RBM Salute le spese saranno pagate direttamente alla struttura con un massimale di € 35,00 per seduta; nel caso di strutture non convenzionate sarà rimborsata all'assistito la medesima cifra.
Non sono comprese le prestazioni presso: palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.
La carenza è di 45 giorni in caso di malattia, non è prevista in caso di infortunio.
Massimali annuali a persona previsti per protezione ALTA € 350,00, per la protezione TOTALE di € 550,00.

CGIL FISAC UniCredit

Medicina estetica.

Sono coperti SOLO gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale con finalità estetiche di cui all'elenco in allegato 'Condizioni di Polizza RBM'.
Nel dettaglio sono ricompresi in polizza
prima del ricovero: accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche;
durante il ricovero: onorari del chirurgo e dei soggetti che partecipano all'intervento, diritti e materiale di sala operatoria, assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali ed esami;
nei 45 giorni successivi al ricovero accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche.
Tutte le prestazioni richieste devono essere pertinenti alla condizione clinica che ha richiesto l'intervento. La carenza è di 45 giorni dalla valenza della garanzia, non è prevista in caso di infortunio.
In strutture convenzionate RBM SALUTE sarà applicata la franchigia di € 350,00 mentre in strutture non convenzionate, invece, si applica uno scoperto del 25% con un minimo non indennizzabile di € 1.000,00.
Massimali di € 3.500,00 per la protezione ALTA, € 5.000,00 per la protezione TOTALE.

Scoperti e Franchigie.

La Garanzia prevede il rimborso degli scoperti e delle franchigie previsto dalle polizze principali dei dipendenti in servizio del Gruppo UniCredit.

Sono previste 4 opzioni con differenti massimali annui a persona.

Per scoperto si intende 'la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'assistito'. Per franchigia 'la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'assistito'.

Non saranno rimborsate dalla presente polizza:

spese non rimborsate per eccedenza dei massimali previsti nelle garanzie, per superamento dei limiti di indennizzo, dove siano presenti plafond specifici

prestazioni non rimborsabili ai sensi delle polizze principali di Uni.C.A.

scoperti e franchigie per prestazioni effettuate in strutture convenzionate, comprese cliniche TOP, senza attivazione della forma diretta, quando, invece, tale attivazione sarebbe stata possibile.

E' prevista una carenza di 45 giorni salvo il caso di infortunio.

ATTENZIONE: NON SONO COPERTI SCOPERTI E FRANCHIGIE DEI PIANI INTEGRATIVI!

Per ulteriori chiarimenti potrete fare riferimento al numero verde 800 901 223 ed all' indirizzo email assistenza.unica@previmedical.it