

## **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, gli accertamenti o altro che sia legato a normali stati fisiologici.

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)

Per il biennio 2022 2023 viene confermata la copertura con Intesa Sanpaolo RBM Salute e con il provider di servizi Previmedical.

Le coperture dentarie saranno garantite come in precedenza in autoassicurazione e con il provider di servizi Pronto Care.

Confermata la polizza Denti Treviso solo per gli aventi diritto con premio di 1.300,00€. Confermata inoltre la copertura denominata **Polizza terremoto**.

## **Le novità 2022 - 2023**

Per le coperture odontoiatriche, gestite come noto in autoassicurazione da Uni.C.A., sono stati aumentati di 1.000€ i massimali di copertura per tutti i piani, pur restando immutati i costi per le colleghe e i colleghi. Inoltre, nelle coperture Collettiva e Collettiva Estesa il massimale per l'ortognatodonzia in rete convenzionata è stato elevato da 500€ a 600€ ed è stato introdotto (era a zero) il massimale di 300€ per le prestazioni fuori rete.

Il premio per la Polizza Denti Treviso è attualmente di 1.300€.

## **Le modifiche sulle franchigie delle prestazioni.**

È stata introdotta la possibilità di copertura per i ricoveri in strutture appartenenti alla Rete Convenzionata anche nel caso in cui l'équipe medica e / o la prestazione non sia in convenzione (spese rimborsabili in forma indiretta). Si tratta della cd. "Forma mista", una novità di questo biennio.

## **Interventi per i quali è previsto un limite di indennizzo (Plafond) sia in rete sia fuori rete:**

nel caso in cui l'intervento si effettui con accesso in forma diretta non si applica la franchigia prevista per ricoveri con intervento chirurgico.

## **Come scegliere**

### **Le differenze sostanziali tra le Polizze Nuova Plus/ Extra**

Il contributo aziendale consente, di default, l'adesione:

-per i colleghi/e appartenenti alle Aree Professionali e Quadri Direttivi alla polizza Nuova Plus -per i Dirigenti alla polizza Extra

Tuttavia ciascun dipendente può liberamente scegliere di aderire a una polizza diversa da quella assegnata dal proprio inquadramento.

Chi intende passare alla polizza di fascia superiore dovrà accollarsi la differenza di prezzo:

da Nuova Plus a Extra: 528€ (Dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico, coniuge e figli)

Una scelta consapevole è frutto di una conoscenza delle differenze tra i diversi contenuti di polizza. Di seguito presentiamo le fondamentali.

#### **Massimali e franchigie:**

##### **PER VISITE DIAGNOSTICHE E DIAGNOSTICA ORDINARIA:**

Franchigie comuni ad entrambe le polizze:

in rete convenzionata 33€ a fattura

fuori rete 30% minimo 60€

##### **Differenze:**

Nuova Plus: MASSIMALE 3.000€ NUCLEO/ANNO

Extra: MASSIMALE 5.500€ NUCLEO/ANNO

##### **CURE E DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**

Franchigie comuni ad entrambe le polizze:

in rete convenzionata 33€ a fattura

fuori rete 30% minimo 60€

##### **Differenze:**

Nuova Plus: MASSIMALE 5.000€ nucleo/anno

Extra: MASSIMALE 7.500€ nucleo/anno

Ricordiamo che per le cure oncologiche (v. pag. 11) non sono previste franchigie.

##### **RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO**

Franchigie comuni ad entrambe le polizze:

in rete convenzionata 1.000€ a fattura

fuori rete 10% minimo 1.750€

##### **Differenze:**

Nuova Plus: Massimale 150.000€ nucleo/anno

Extra: Massimale 500.000€ nucleo/anno

### **RICOVERO IN DAY HOSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO**

Franchigie comuni ad entrambe le polizze:

in rete convenzionata 250€ a fattura

fuori rete 10% minimo 1.500€

**Differenze:**

Nuova Plus: Massimale 150.000€ nucleo/anno

Extra: Massimale 500.000€ nucleo/anno

### **RICOVERO IN DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO CHIRURGICO**

Franchigie comuni ad entrambe le polizze: in rete convenzionata 250€ a fattura

fuori rete 10% minimo 1.000€

**Differenze:**

Nuova Plus: Massimale 150.000€ nucleo/anno

Extra: Massimale 500.000€ nucleo/anno

### **INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE**

Franchigie comuni ad entrambe le polizze:

in rete convenzionata 150€ a fattura

fuori rete 10% minimo 750€

**Differenze:**

Nuova Plus: Massimale 150.000€ nucleo/anno

Extra: Massimale 500.000€ nucleo/anno

### **RICOVERO MEDICO (SENZA INTERVENTO CHIRURGICO) \* E RICOVERO PER GRAVI EVENTI MORBOSI (SENZA INTERVENTO CHIRURGICO)**

Franchigie comuni ad entrambe le polizze:

in rete convenzionata 350€ a fattura

fuori rete 10% minimo 1.500€

**Differenze:**

Nuova Plus: Massimale 150.000€ nucleo/anno

Extra: Massimale 500.000€ nucleo/anno

**\*Limite massimo per il ricovero medico di 5 giorni di ricovero per max. 3 ricoveri anno/persona superati i quali non è previsto indennizzo.**

### **RICOVERO MEDICO (PER RIABILITAZIONE POSTCHIRURGICA E RICOVERO PER LUNGA DEGENZA)**

Nel primo caso - riabilitazione post-chirurgica - si tratta di ricoveri legati ad interventi chirurgici per i quali è prevista una riabilitazione. Il secondo caso - ricovero per lunga degenza - scatta quando la degenza complessiva (intervento chirurgico

+ riabilitazione post chirurgica) si sia protratta per oltre 30 giorni oppure vi sia stato un ricovero con intervento chirurgico ed un ulteriore ricovero per riabilitazione post chirurgica e la degenza complessiva si sia protratta per oltre 30 giorni.

Franchigie comuni ad entrambe le polizze:

in rete convenzionata 350€ a fattura

fuori rete 10% minimo 1.500€

**Differenze:**

Nuova Plus: Massimale 150.000€ nucleo/anno

Extra: Massimale 500.000€ nucleo/anno

**Elenco gravi eventi morbosi**

A. INFARTO MIOCARDICO ACUTO

B. INSUFFICIENZA CARDIACA O RESPIRATORIA che presenti contemporaneamente almeno due delle seguenti manifestazioni:

- dispnea
- edemi declivi
- aritmia
- angina instabile
- edema o stasi polmonare
- ipossiemia

C. NEOPLASIA MALIGNA istologicamente documentata

D. DIABETE complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- ulcere torpide
- decubiti
- neuropatie
- vasculopatie periferiche
- infezioni urogenitali o sovrinfezioni
- retinopatia
- chetoacidosi
- coma diabetico

E. GRAVI TRAUMATISMI - con o senza intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni.

L'immobilizzazione consiste nella applicazione di un apparecchio non amovibile dal paziente e/o per divieto di carico dell'arto

F. USTIONI DI SECONDO GRADO con estensione pari almeno al 20% del corpo G. VASCULOPATIA ACUTA a carattere ischemico o emorragico cerebrale

H. SCLEROSI A PLACCHE con un deficit funzionale significativo (3-4 scala EDSS)

I. SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

J. STATO DI COMA

K. PARAPLEGIA E/O TETRAPLEGIA

L. MALATTIA DI ALZHEIMER allo stadio 5 o superiore della scala di Reisberg certificata da UVA (Unità Valutativa Alzheimer) di struttura neurologica pubblica;

M. MORBO DI PARKINSON allo stadio 3 o superiore della scala di Hoehn & Yahr, certificata da struttura neurologica pubblica;

N. OSTEOMIELETTI

O. INFEZIONI GRAVI, INFEZIONI POST-OPERATORIE O POST-TRAUMATICHE

P. GRAVI EVENTI MORBOSI "SIMILARI" PER TIPOLOGIA, EVENTO, DIAGNOSI E CURA A QUELLI INDICATI DALLA LETTERA A) ALLA LETTERA H)

## **GRANDI INTERVENTI**

Franchigie comuni ad entrambe le polizze:

in rete convenzionata 750€ a fattura

fuori rete 15%

### **Differenze:**

Nuova Plus: Massimale 300.000€ nucleo/anno

Extra: Massimale 500.000€ nucleo/anno

## **Elenco grandi interventi chirurgici**

### **CHIRURGIA DELL' ESOFAGO**

- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
- Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo-cervico- tomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocoloplastica
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale CON TORACOTOMIA
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee.

### **CHIRURGIA DELLO STOMACO-DUODENO-INTESTINO TENUE**

- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias • Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias

## CHIRURGIA DEL COLON

- Emicolectomia destra e linfadenectomia
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia per via tradizionale
- Resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale • Amputazione del retto per via addomino-perineale

## CHIRURGIA DEL FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare
- Chirurgia dell'ipertensione portale:
  - a) Interventi di derivazione: anastomosi porto-cava; anastomosi spleno-renale; anastomosi mesenterico-cava
  - b) Interventi di devascularizzazione: legatura delle varici per via toracica e/o addominale
- transezione esofagea per via toracica
- transezione esofagea per via addominale
- econnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
- transezione esofagea con devascularizzazione paraesofago-gastrica

## CHIRURGIA DEL PANCREAS

- Duodenocefalo-pancresectomia con o senza linfadenectomia
- Pancresectomia totale con o senza linfadenectomia
- Interventi per tumori endocrini funzionali e neoplasie maligne del pancreas

## CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale •
- Resezioni e plastiche tracheali
- Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

## CHIRURGIA DEL TORACE

- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Toracoplastica: I e II tempo

## CARDIOCHIRURGIA

- By-pass aorto-coronarico
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni dei grossi vasi (non escluse dalla garanzia) • Resezione cardiac
- Sostituzione valvolare con protesi
- Valvuloplastica

## CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale PER VIA TORACOADDOMINALE

- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali) PER VIA LAPAROTOMICA • Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore

#### NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per malformazioni vascolari (non escluse dalla garanzia)
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malfomazione vascolare
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- Biopsia cerebrale per via stereotassica

#### CORREZIONE MIOPIA (NEI CASI PREVISTI)

Nuova Plus: franchigia in rete 200€- fuori rete 10% minimo 1.000€ Massimale 150.000€ nucleo/anno

Extra: nessuna franchigia in rete - fuori rete 10% minimo 1.000€ Massimale 500.000€ nucleo/anno

#### PARTO FISILOGICO

Nuova Plus: 3.000€\* per nucleo e per anno

Extra: 6.000€\* per nucleo e per anno

#### PARTO CESAREO

Nuova Plus: 6.000€\* per nucleo e per anno

Extra: 9.000€\* per nucleo e per anno

*\*Parto cesareo e fisiologico non comportano esborso di franchigia alcuna, né in Rete convenzionata né fuori Rete.*

#### CURE ONCOLOGICHE

Nuova Plus: 10.000€\* per nucleo e per anno

Extra: 12.000€\* per nucleo e per anno

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

#### DIAGNOSI COMPARATIVA PER GRAVISSIME PATOLOGIE

Nuova Plus: coperta (v. elenco patologie per cui è prevista a pagina 44 del prospetto "Piani Sanitari 2022-2023 che alleghiamo)

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

#### DIARIA SOSTITUTIVA PER RICOVERI A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Nuova Plus:

- 80€ al giorno per ricovero con intervento
- 60€ al giorno per ricovero senza intervento
- 40€ al giorno per Day Hospital con intervento
- 30€ al giorno per Day Hospital senza intervento
- 100€ al giorno per Grande Intervento

Limite diaria: 180 giorni persona/anno

Extra :

- 100€ al giorno per ricovero con intervento
- 100€ al giorno per ricovero senza intervento
- 50€ al giorno per Day Hospital con intervento
- 50€ al giorno per Day Hospital senza intervento
- 120€ al giorno per Grande Intervento

Limite diaria: 300 giorni persona/anno

#### FISIOTERAPIA

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

Nuova Plus: 1.400€ per nucleo e per anno

Extra : 5.500€ per nucleo e per anno, massimale compreso in quello delle visite specialistiche.

Per entrambe le polizze franchigia di 40€ in rete e scoperto del 20% min. 60€ per ogni ciclo di cura.

Ricordiamo che la Fisioterapia è coperta, sempre, nei 120 giorni dopo un ricovero con intervento, anche dopo un parto cesareo, oppure nei 100 giorni dopo un ricovero senza intervento.

Inoltre, perché sia rimborsabile, la prestazione fisioterapica va prestata solo da medico specialista - centri medici specializzati dotati di direzione sanitaria.

**Una novità che va incontro alle esigenze delle persone è il fatto che viene accettato il certificato emesso dal Pronto Soccorso entro 48 ore dall'evento, solo nel caso in cui non esistano presidi di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'evento (in precedenza, il certificato doveva essere emesso obbligatoriamente entro 24 ore, come avviene tuttora negli altri casi).**

#### AGOPUNTURA

Nuova Plus: nessuna previsione

Extra : 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 € per fattura

#### PSICOTERAPIA

Nuova Plus: massimale 1000€ per nucleo e per anno

Extra : massimale 1500€ per nucleo e per anno

rimborso terapia dietro prescrizione medico ASL o specialista

Franchigia 50%, del costo sostenuto sia in rete che fuori rete.

In caso di accesso in forma indiretta presso strutture/professionisti convenzionati accessibili in forma diretta è prevista una penalizzazione: in questi casi sono applicati scoperti /franchigie maggiorati del 50%; qualora si tratti di cliniche TOP la maggiorazione è del 100%. Tale penalizzazione non si applica per i ricoveri.

Durante il c.d. "periodo transitorio", tale maggiorazione non sarà applicata alle prestazioni che non siano già accessibili in forma diretta dal 1.1.2022.

#### **Elenco Cliniche Top**

##### ROMA

- Casa di Cura Paideia S.p.A.
- Casa di Cura Mater Dei S.p.A.
- Ars Medica
- Villa Benedetta
- Casa di Cura Villa Flaminia
- Casa di Cura Villa Margherita

##### MILANO

- Istituto Nazionale Tumori
- Istituto Europeo di Oncologia/Monzino
- Casa di cura Columbus
- Humanitas Mirasole S.p.A. (Istituto Clinico Humanitas)
- Casa di Cura Capitanio

##### TORINO

- Clinica Fornaca di Sessant
- Casa di Cura Sedes Sapientiae
- Casa di Cura Cellini S.p.A.

##### BERGAMO

- Humanitas Gavazzeni

##### VARESE

- Istituto Clinico Humanitas Mater Domini Casa di Cura Privata S.p.A.

Le 6 opzioni integrative a pagamento per il biennio 2022-2023 hanno le medesime caratteristiche di quelle del biennio precedente. Per l'illustrazione vi rimandiamo alla nota FISAC relativa pubblicata nel gennaio 2019.

Per la tipologia delle coperture, l'onerosità che deriva dall'obbligo di eseguire la sottoscrizione per l'intero nucleo familiare e le difficoltà operative incontrate nell'attivare i rimborsi Vi consigliamo di valutare attentamente l'eventuale sottoscrizione delle prestazioni garantite dalle polizze Opzioni Integrative.

### **Quando e come aderire**

Operativamente, per il personale in servizio sarà possibile effettuare le proprie scelte/inserimenti a Portale dall'08/11/2021 al 03/12/2021 ore 17.00

### **Modalità**

People Focus > Altri documenti > assistenza sanitaria integrativa > anno assicurativo 2022

Ciascuno/a dipendente avrà la possibilità di:

- scegliere una polizza diversa (a pagamento) rispetto a quella spettante di default in relazione al proprio inquadramento;
- inserire familiari fiscalmente a carico (senza spesa ulteriore) e/o familiari non fiscalmente a carico (a pagamento): per il carico fiscale vedi il punto 'CARICO FISCALE'
  - estendere la polizza odontoiatrica "Collettiva denti" al proprio nucleo familiare
  - aderire alla polizza odontoiatrica "Completa" (Allegiamo il prospetto costi polizze odontoiatriche).

Nel momento della scelta della polizza, la videata riproporrà, prima della conferma definitiva, la eventuale spesa a carico del titolare della polizza (il/la dipendente): consigliamo di verificare che il costo sia quello che avete preventivamente calcolato; sarà compreso anche il premio per la polizza odontoiatrica collettiva obbligatoria.

E' assolutamente necessario prestare estrema attenzione in questa fase, verificare esattamente i familiari che si intendono inserire in polizza, siano essi fiscalmente a carico o non fiscalmente a carico.

Per quanto riguarda invece l'eventuale adesione alle Opzioni Integrative riservate ai soli dipendenti in servizio, vi consigliamo di verificare i costi delle varie opzioni consultando il prospetto costi che vi alleghiamo, ed una volta effettuata la vostra eventuale scelta accedere alla procedura informatica confermando telematicamente l'opzione, senza simulare un'eventuale adesione per verificarne il costo. Eviterete così di incorrere in erronee sottoscrizioni involontarie.

E' 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, People Focus > Info Personali > Familiare, ed eventualmente inserirli.

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

I dipendenti con accesso alla Group Intranet UniCredit potranno aderire tramite il seguente percorso:

**People Focus > Altri documenti > Assistenza sanitaria integrativa > Anno assicurativo 2022.**

I Pensionati e gli Esodati che si siano registrati sull'Area Riservata potranno effettuare la propria scelta di adesione on line, tramite il Sito Internet di Uni.C.A.: <https://unica.unicredit.it/it.html>

Chi non avesse ricevuto il codice di attivazione (necessario per registrarsi sull'Area Riservata) potrà farne richiesta via mail a [Hxunicoddattivazio-italia@unicredit.eu](mailto:Hxunicoddattivazio-italia@unicredit.eu) allegando copia fronte/retro del documento di identità e scrivendo nel corpo della mail il proprio codice fiscale.

I colleghi/e c.d. "lungo assenti"

Possono aderire come gli esodati/pensionati.

A esodati e lungo assenti che non aderiranno online sarà assegnata la copertura corrispondente all'inquadramento spettante a novembre 2021 MA SOLAMENTE PER IL NUCLEO FISCALMENTE A CARICO GIA' ASSICURATO NEL 2021.

Successivamente esodati, lungo assenti e pensionati non aderenti online riceveranno, ad inizio 2022, la documentazione per l'adesione cartacea.

In caso di mancata adesione online si applicherà il cosiddetto periodo transitorio, durante il quale non saranno accessibili le prestazioni in forma diretta ad eccezione dei ricoveri e cure oncologiche tramite trasmissione di apposito modulo.

### **I/Le figli/e**

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

I figli fiscalmente non a carico e presenti nello stato di famiglia sono includibili con un esborso annuale di 421€ (polizza Nuova Plus), 501€ (polizza Extra).

I figli fiscalmente non a carico e non conviventi che non abbiano compiuto i 35 anni di età alla data di decorrenza della copertura, sono includibili con un esborso annuo di 792€ (polizza Nuova Plus), 1300€ (polizza Extra)

NOTA BENE: 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. Possono essere esclusi dall'inserimento in copertura i familiari che abbiano già una propria copertura sanitaria (previa presentazione di documentazione comprovante tale copertura, con dati anagrafici del familiare interessato).

### **Il coniuge/convivente more uxorio**

Il coniuge se fiscalmente a carico, può essere inserito senza ulteriore esborso da parte del titolare.

Posso essere inclusi a pagamento il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente more uxorio (quest'ul-

timo purché risultante dallo stato di famiglia)

### **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.

Per quanto riguarda la polizza odontoiatrica, I coniugi/conviventi entrambi dipendenti, godono di due polizze obbligatorie distinte

### **Altri familiari**

I familiari conviventi, fiscalmente non a carico, possono essere inseriti in polizza, sempre che, come detto in precedenza, 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 2021 inferiore a euro 26.000.

### **IL CARICO FISCALE**

Invitiamo tutti gli assistiti a porre la massima attenzione alla situazione di carico/non carico fiscale dei familiari inseriti in copertura.

Per l'esercizio 2022 i familiari con reddito superiore a 2.840,51€ conseguito nel 2021 saranno da considerare NON fiscalmente a carico con l'eccezione dei figli con meno di 24 anni per i quali con un reddito sino a 4.000,00€ sono da ritenersi a carico.

### **IL PERIODO TRANSITORIO**

L'anticipo delle adesioni consente, per tutti/e coloro che aderiranno online, di evitare il periodo transitorio e, quindi, di accedere anche alla copertura diretta già dall' 1/1/2022

Coloro che, invece, saranno raggiunti da documentazione cartacea non potranno usufruire della forma diretta, fino al perfezionamento dell'adesione (indicativamente mese di marzo) per le visite specialistiche e per la diagnostica, mentre è ammessa, per i ricoveri, utilizzando il modulo transitorio che sarà a breve pubblicato nel sito di Uni.C.A.

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) saranno normalmente rimborsati al 100%.

### **INCLUSIONE/ESCLUSIONE IN CORSO DI VIGENZA DI POLIZZA**

Dando per assodato che l'adesione alla polizza è irrevocabile per l'intero biennio di vigenza (2022-2023), il mancato inserimento nelle assistenze impedisce successive adesioni/inclusioni per il successivo 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.**

### **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 (promozione a Dirigente) la copertura originaria resterà in vigore sino alla fine dell'anno in corso, per cambiare il primo gennaio dell'anno successivo.

### **ASPETTI FISCALI**

Gli eventuali costi sanitari per l'adesione alle polizze a carico dei/delle colleghi/e (esempio per scelta di una polizza superiore a quella spettante di default, 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.

## **LA COPERTURA DI UNICA 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 scarichi dalla propria area iscritti per sé o/e per i propri familiari inseriti in polizza, con un congruo anticipo, l'attestazione di copertura RBM, da portare in viaggio.

## **IL SITO WEB DI UNI.C.A.**

E' attivo il sito Web di Uni.C.A. consultabile da tutti/e, anche indipendentemente dall'accesso al portale aziendale.

<https://unica.unicredit.it>

Sul sito sono pubblicate, tempo per tempo, tutte le notizie riguardanti le polizze, le campagne di prevenzione, il bilancio della Cassa, e, per quanto ovvio, i testi di polizza.

## **RECLAMI**

Alleghiamo per comodità, le istruzioni per inoltrare i reclami.

## **CONTATTI**

Per informazioni relative al rapporto associativo con Uni.C.A. (es. adesione al piano sanitario, inserimento/revoca familiari, variazione carico fiscale familiari, pagamento contributi):

HC Operations Italy per Uni.C.A., raggiungibile tramite i seguenti canali Dipendenti con accesso alla Group Intranet UniCredit:

People focus > HR Ticket > Benefit > Polizza sanitaria; i dipendenti lungo assenti, privi di accesso a People Focus, potranno rivolgersi, via mail, al proprio HRBP che si occuperà di inviare l'HR Ticket per loro conto.

N.B. La modifica dei propri contatti relativi a: telefono, cellulare, residenza, domicilio, IBAN deve essere effettuata in modalità self service tramite People Focus > self service > info personali. Solo in caso di impossibilità all'utilizzo della modalità self service, è possibile inserire un HR Ticket > Variazione dati personali.

1. dipendenti di società esterne al Gruppo UniCredit: a) via mail, tramite proprio HRBP  
Le richieste di variazione dei propri dati personali dovranno essere corredate di copia del documento di identità.
2. Iscritti in pensione/ esodo:
  - a) via mail, all'indirizzo [ucipolsan@unicredit.eu](mailto:ucipolsan@unicredit.eu) per il personale in esodo o [polsanpen@unicredit.eu](mailto:polsanpen@unicredit.eu) per i pensionati.
  - b) via telefono, chiamando il numero 02/94458503 dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:00 (servizio temporaneamente sospeso)

c) via fax 02/ 97688702

Le richieste di variazione dei propri dati personali dovranno essere corredate di copia del documento di identità.

In tutti i casi sopra indicati, i dati personali aggiornati a seguito delle variazioni richieste dall'associato saranno trasmessi ai Providers con frequenza mensile.

Per informazioni sulle prestazioni previste dal proprio piano sanitario e dalle opzioni integrative a pagamento, sulle strutture convenzionate e sui rimborsi:

- Previmedical (coperture "base", compresa la garanzia "Conto Salute" e "opzioni integrative"): Ticket, disponibile all'interno dell'area riservata del sito Previmedical  
800.901.223 Numero Verde  
+39 04221744023 Numero a pagamento per chiamate dall'estero  
sito: <http://www.unica.previmedical.it/>
- AON/ Pronto-Care (coperture odontoiatriche):  
800 662 475 Numero Verde attivo dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18  
[info@perunica.com](mailto:info@perunica.com)  
sito: <https://www.pronto-careperunica.com/?q=node/12>

#### **COME "SPESARE" IL COSTO DI UNI.C.A ATTRAVERSO IL CONTO WELFARE**

I costi di Unica a carico dei /delle dipendenti, conseguenti all'eventuale upgrade di polizza, oppure all'inserimento di familiari a pagamento o all'allargamento della polizza odontoiatrica al nucleo familiare (attenzione però, non il costo della polizza individuale obbligatoria), possono essere rimborsati attraverso gli importi presenti nel c.d. Conto Welfare.

La scelta in tal senso può essere fatta a portale in qualsiasi momento sino alla fine del mese di novembre 2021: People Focus > Self Service > Welfare/Benefit > Welfare Plan (Sap).

Gli importi corrispondenti saranno accreditati sul cedolino suppletorio del dicembre 2021.

NOTA BENE: in questo caso gli importi accreditati saranno soggetti a tassazione in quanto i premi pagati per le assicurazioni sanitarie sono già detassati, secondo la normativa fiscale, al momento del pagamento.

*Novembre 2021*

*La Segreteria di Gruppo Fisac CGIL in UniCredi*