

In data 28 novembre 2016, il Consiglio di Amministrazione della Cassa di Assistenza Banco Popolare (CASPOP) **ha concluso l'iter di rinnovo del contratto** di Assicurazione per gli anni 2017 e 2018. Al termine di una "gara di appalto", alla quale hanno partecipato quattro fra le primarie compagnie assicurative del settore (RBM, UNISALUTE, ALLIANZ e REALE MUTUA), **la proposta più vantaggiosa è stata quella di RBM.**

La proposta prevede:

una riduzione del premio del 1,50% per il 2017, rispetto a quello pagato nell'anno 2016, mentre per l'anno 2018 il premio sarà uguale a quello relativo al 2017;

una riduzione della franchigia a carico degli associati:

per i casi di ricovero/intervento, mediante "forma di assistenza DIRETTA" in strutture convenzionate dal 10% al 5%;

per le visite specialistiche in "forma di assistenza DIRETTA", presso medici convenzionati, da Euro 50 a Euro 35.

Inoltre sono state semplificate alcune procedure, quali ad esempio:

CURE FISIOTERAPICHE: sino ad oggi dovevano essere rispettati tre requisiti (iscrizione all'albo dello specialista, che doveva operare presso uno studio riconosciuto e che la fattura venisse emessa dallo studio e non dallo specialista). Da oggi, fermi restando i primi due requisiti debitamente documentati, il terzo requisito è superato in quanto la fattura può essere emessa direttamente dallo specialista. Salvo casi di comprovata gravità, rimangono escluse le prestazioni a domicilio.

SEMPLIFICAZIONE PROCEDURA AUTORIZZAZIONE mediante ASSISTENZA DIRETTA della Compagnia per ricoveri/ interventi e visite, presso strutture o specialisti convenzionati: la richiesta di autorizzazione dovrà essere inoltrata alla Centrale Operativa con un congruo preavviso. Questa tempestività garantisce la risposta con un anticipo di almeno 7 giorni di calendario, per le prestazioni ospedaliere, ridotte a 3 per le prestazioni extra ospedaliere o dentarie rispetto alla data dell'evento. Qualora il congruo preavviso non possa essere rispettato, l'associato potrà inoltrare la richiesta sino a 48 ore dall'evento e la Centrale Operativa si impegna a fornire la risposta nel più breve tempo possibile, ma sempre entro le 48 ore dalla prestazione sanitaria. Nelle situazioni di URGENZA, ossia quando la richiesta di autorizzazione viene inoltrata nelle 48 ore antecedenti l'evento, continuerà a trovare applicazione lo stesso iter sino ad oggi utilizzato.

LIQUIDAZIONE PRATICHE: le pratiche dovranno essere valutate e liquidate entro 20 giorni dalla presa in carico, elevati a 40 ogni qualvolta sia necessaria la valutazione della commissione specialistica (a titolo esempl. ricoveri o cicli di cure).

La riduzione del premio, delle franchigie e la definizione di tempi certi per risposte e liquidazioni, ci fa dare **un giudizio positivo** verso questo rinnovo di polizza, che va nella direzione, ricercata da tempo da queste OO.SS. di maggior trasparenza e chiarezza tra compagnia e associati. Vigileremo, comunque, affinché gli alti standard di servizi promessi vengano mantenuti in termini di efficacia ed efficienza.

COORDINAMENTI DI GRUPPO

FABI FIRST/CISL FISAC/CGIL SINFUB UGL CREDITO UILCA UNISIN

[Scarica il comunicato](#)