

**CGIL**

**FISAC**  
UNICREDIT

**LE POLIZZE UNI.C.A. 2020 2021**

# INDICE

Cosa copre Uni.C.A. e con quali risorse.	2
Le novità 2020-2021.	3
Come scegliere: le differenze sostanziali tra le polizze Nuova Plus/ Extra.	4
Opzioni Integrative 2020-2021.	7
Quando e come aderire.	8
Il carico fiscale.	10
Il c.d. “periodo transitorio”.	10
Criteri di inclusione ed esclusione in corso di polizza (biennio 2020-2021).	11
Cambiamenti di inquadramento nel corso del biennio.	12
Aspetti fiscali.	12
Copertura per i viaggi all’estero.	13
Il sito web di Uni.C.A.	13
Reclami.	13
Contatti.	14
Come “spesare” il costo di Uni.C.A attraverso il Conto Welfare.	14

# ALLEGATI

ALLEGATO 1	PIANI SANITARI BIENNIO 2020-2021
ALLEGATO 2	COPERTURE ODONTOIATRICHE BIENNIO 2020-2021
ALLEGATO 3	ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI
ALLEGATO 4	ELENCO CLINICHE TOP
ALLEGATO 5	PROCEDURA RECLAMI
ALLEGATO 6	MODULO TRANSITORIO



## 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 correlato 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).

Novità: L'accordo sul premio una tantum di produttività esercizio 2016 sottoscritto il 4 febbraio 2017 tra Azienda e Organizzazioni Sindacali ha permesso, con l'afflusso di 20.000.000€, l'introduzione di un'unica copertura per tutti i dipendenti del gruppo, perimetro Italia, uniformando il contributo aziendale a 900€, con la sola eccezione dei dirigenti. La previsione è stata confermata dall'azienda con lettera a latere dell'accordo del 13 marzo 2019.

Per il biennio 2020 2021 viene confermata la copertura con RBM Assicurazione 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.

Confermata inoltre la copertura denominata Polizza terremoto.

# LE PRINCIPALI NOVITÀ DEL BIENNIO

## PSICOTERAPIA:

introduzione della garanzia nella polizza NUOVA PLUS con un massimale di 1000 euro annui.

## PACCHETTO MATERNITÀ:

- visite ed accertamenti nei primi sei mesi di gravidanza con un massimale di 500 euro.
- 1 visita ginecologica di controllo e max 3 di supporto psicologico in caso di aborto spontaneo/naturale entro 3 mesi dall'evento
- test genetici su DNA fetale a partire dai 30 anni di età dell'interessata
- assistenza ostetrica durante, pre e post partum, sia in caso di parto cesareo (max 1500 euro) che fisiologico (resta massimale della garanzia)

## CONTRIBUTO CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI DEL CORDONE OMBELICALE:

familiare ed autologa, contributo di 500 euro.

## PROCREAZIONE MEDICALE ASSISTITA:

per entrambe le polizze tutte le tecniche con un massimale di 700€ anno senza scoperti e franchigie.

## GARANZIA NEONATI:

viene estesa ai primi 10 anni di vita la possibilità di intervenire su malformazioni e difetti fisici congeniti, quando vi sia impossibilità ad effettuare un intervento nel primo anno di vita.

## COPERTURE ODONTOIATRICHE:

aumento del massimale annuo complessivo

a 2.000€ collettiva

a 2.500€ collettiva estesa

a 3.500€ completa

a 4.000€ completa estesa

previsione di importo una tantum per spese sostenute IN RETE per ortognatodonzia, cioè apparecchio o bite.

Uni.C.A, con fondi propri, sin dal 2007, realizza campagne di prevenzione, che vengono riproposte in base alle disponibilità di bilancio.

# 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 assegnatagli/le 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 10€ a fattura

fuori rete 20% minimo 60€

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 10€ a fattura

fuori rete 20% minimo 60€

Nuova Plus: MASSIMALE 5.000€ nucleo/anno

Extra: MASSIMALE 7.500€ nucleo/anno



Ricordiamo che per le cure oncologiche non sono previste franchigie.

### **RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO**

NUOVA PLUS: Franchigia in rete 200€ -fuori rete 10% minimo 1.500€

MASSIMALE 150.000€ NUCLEO/ANNO

EXTRA: Franchigia in rete assente -fuori rete 10% minimo 1.500€

MASSIMALE 500.000€ NUCLEO/ANNO

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

NUOVA PLUS: Franchigia in rete 200€ -fuori rete 10% minimo 1.000€

MASSIMALE 150.000€ NUCLEO/ANNO

EXTRA: Franchigia in rete assente -fuori rete 10% minimo 1.000€

MASSIMALE 500.000€ NUCLEO/ANNO

### **INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE**

NUOVA PLUS: Franchigia in rete 100€ -fuori rete 10% minimo 500€

MASSIMALE 150.000€ NUCLEO/ANNO

EXTRA: Franchigia in rete assente -fuori rete 10% minimo 500€

MASSIMALE 500.000€ NUCLEO/ANNO

### **RICOVERO MEDICO (SENZA INTERVENTO CHIRURGICO)**

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

Franchigie e massimali

Nuova Plus: Franchigia Rete 200 €

- Fuori rete 10% minimo 1.500€

- MASSIMALE 150.000€ annuo

Extra: Nessuna franchigia in rete

- Fuori rete 10% minimo 1.500€

- MASSIMALE 500.000€ annuo

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

**\*Vedi allegato 3 elenco Gravi Eventi Morbosi\***

### **RICOVERO MEDICO (PER RIABILITAZIONE POST CHIRURGICA E RICOVERO PER LUNGA DEGENZA)**

Stesse franchigie e massimale dei punti precedenti.

Nel primo caso si tratta di ricoveri legati ad interventi chirurgici per i quali sia prevista una riabilitazione, il secondo caso 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.

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)**

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

## 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

Plus: coperta (v. elenco patologie per cui è prevista a pagina 46 del prospetto "Piani Sanitari 2018-2019 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

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

## 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.

## 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.

## NOVITÀ: 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.

Le CLINICHE TOP convenzionate (vedi allegato 4) sono accessibili ai titolari di entrambe le polizze, sia per i ricoveri che per le altre prestazioni.

Qualora vi siano condizioni per l'accesso alla forma DIRETTA (struttura convenzionata e medico convenzionato) è indispensabile utilizzare questa forma (che prevede la pre-attivazione e il pagamento della sola franchigia); in caso contrario (utilizzo senza pre-attivazione e rimborso post prestazione) verranno applicati franchigie e scoperti doppi rispetto alla norma.

Tutto questo si rende necessario per monitorare e governare il costo delle prestazioni.

Sempre allo scopo di favorire nel tempo la sostenibilità dei costi e quindi delle coperture, qualora non si attivi una prestazioni in forma diretta, laddove possibile (quindi in strutture convenzionate e con medici convenzionati) saranno applicati franchigie e scoperti maggiorati del 50% rispetto alla norma.

## OPZIONI INTEGRATIVE 2020 2021

Le 6 opzioni a pagamento per il biennio 2018-2019 hanno le medesime caratteristiche di quelle del biennio precedente. Per l'illustrazione vi rimandiamo alla nota FISAC relativa pubblicata nel gennaio 2017.

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'11/11/2019 al 29/11/2019 ore 17.00

Modalità:

People Focus > Altri documenti > assistenza sanitaria integrativa > anno assicurativo 2020

Ciascun/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" (Alleghiamo 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 l'eventuale 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 2020. 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 [ucipolsan@unicredit.eu](mailto:ucipolsan@unicredit.eu) se esodato, [polsanpen@unicredit.eu](mailto:polsanpen@unicredit.eu) se pensionato, allegando copia fronte/retro del documento di identità.

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

Questi colleghi 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.

## **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 annuale di 421€ (polizza Nuova Plus), 501€ (polizza Extra).

I figli non fiscalmente a carico e non conviventi sono includibili fino al compimento dei 35 anni di età con un esborso annuo di 792€ (polizza Nuova Plus), 1300€ (polizza Extra).

## **Minori affidati**

I minori affidati con provvedimento del Tribunale dei Minori per un tempo non inferiore ai sei mesi sono considerati esattamente come i figli (naturali o adottati che siano) ai fini di Uni.C.A.

**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, anche separato, (convivenza risultante 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, ovvero il convivente "more uxorio" anche appartenente al medesimo genere, (convivenza risultante dallo stato di famiglia), sono non fiscalmente a carico, possono essere inclusi in polizza con il pagamento di un premio differenziato secondo l'età e la tipologia di polizza sottoscritta dal titolare.

### **Il caso dei coniugi/conviventi more uxorio, entrambi dipendenti, ovvero uno/a dipendente e l'altro/a in esodo.**

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 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 2019 inferiore a euro 26.000.

### **Figli del coniuge o convivente more uxorio**

Possibilità di inclusione in polizza come 'altri familiari'

### **Figli non fiscalmente a carico, conviventi con l'altro genitore separato**

Possibilità di inclusione come 'figli non fiscalmente a carico'





## 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 2020 i familiari con reddito superiore a 2.840,51€ conseguito nel 2019 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 adesione consente, per tutti/e coloro che aderiranno online, di evitare il periodo transitorio e, quindi, di accedere anche alla copertura diretta già dall' 1/1/2020

Coloro che, invece, saranno raggiunti da documentazione cartacea non potranno usufruire, 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 apposito che per comodità troverete all' allegato n 6. 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%.

# 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 (2020-2021), 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.



# 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 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 scarichi dalla propria area iscritti per se 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

Come noto, e riportato in dettaglio nella manualistica, la procedura reclami è articolata su due livelli:

In primo livello viene interessato il Provider: *Previmedical*, per le assistenze non dentarie, *Pronto-Care* per le dentarie; qualora il Provider non risponda nei tempi previsti (di norma 15 gg dall'interessamento), o se l'assistito non condivide la risposta, in secondo livello può essere interessato l'Ufficio Reclami dell'Associazione, che risponde, chiudendo il reclamo, entro 30 gg dal coinvolgimento.

Alleghiamo , per comodità, le istruzioni per inoltrare i due livelli di reclamo.



# 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](mailto:assistenza.unica@previmedical.it) [Centraleoperativa.unica@previmedical.it](mailto:Centraleoperativa.unica@previmedical.it)  
Sito internet: [www.unica.previnet.it](http://www.unica.previnet.it)

## Pronto-Care:

numero verde 800.66.24.75  
E-Mail: [infoperunica@pronto-care.com](mailto:infoperunica@pronto-care.com)  
Per informazioni sulle liquidazioni: [liquidazioni@pronto-care.com](mailto: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 HR Operations Italy per Uni.C.A., raggiungibile tramite i seguenti canali:

## dipendenti con accesso alla Group Intranet UniCredit:

HR Ticket (sez. Benefit > polizza sanitaria) tramite People Focus (i dipendenti lungoassenti privi di accesso a People Focus, potranno rivolgersi, via mail, al proprio HRBP che sottoporrà l'HR Ticket per conto del dipendente)

## dipendenti di società esterne al Gruppo UniCredit:

a) via mail, tramite proprio HRBP

## Assistiti in pensione/ esodo o equiparati:

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 0294458503 dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:00

## 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 2020: People Focus > Self Service > Welfare/Benefit > Welfare Plan (Sap).

Gli importi corrispondenti saranno accreditati sul cedolino suppletorio del dicembre 2020.

**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.

