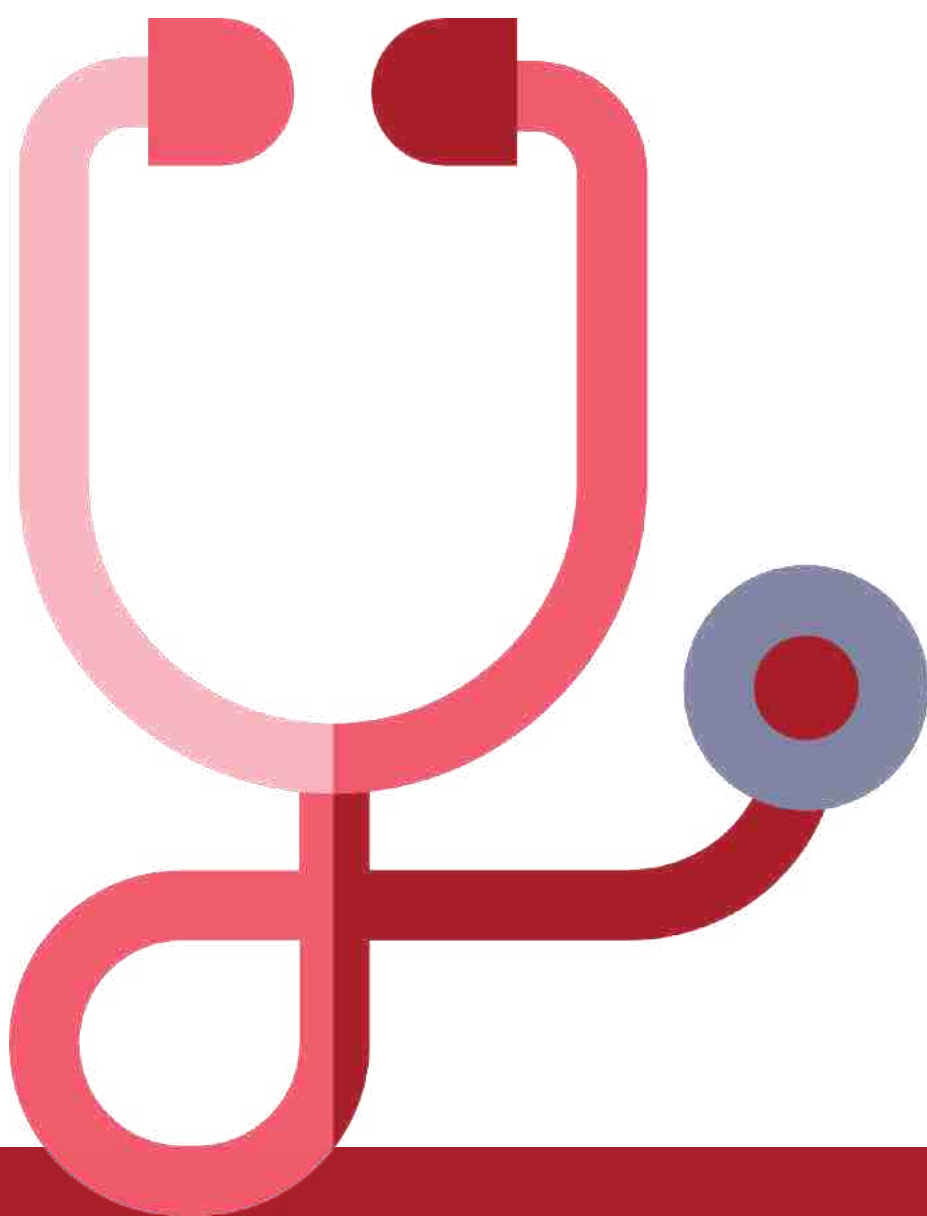




Le Polizze Uni.C.A 2024 - 2025

Indice

Uni.C.A. – Rinnovo Piani Sanitari.	3
Le novità 2024-2025.	4
Le coperture odontoiatriche.	6
Inserimenti/Revoche/Variazioni.	7
Prestazioni Piani Sanitari.	11
Alcuni Esempi di Scoperti /Franchigie/Massimali.	12
Provider Generali/Welion.	17
Elenco Grandi Interventi Chirurgici.	20
Grandi Interventi: Previsioni Polizza “PLUS”.	22
Grandi Interventi: Previsioni Polizza “EXTRA”	23
Elenco Cliniche TOP.	24
Elenco interventi chirurgici plafonati.	25
Ultrattività 2024 di Intesa San Paolo RBM Salute e Previmedical.	27

Uni.C.A. – Rinnovo Piani Sanitari

Uni.C.A., la Cassa di Assistenza Sanitaria del Gruppo UniCredit, è un'associazione senza fini di lucro attiva dal 1° gennaio 2007 che offre - attraverso la sottoscrizione di polizze assicurative - un'assistenza sanitaria integrativa delle prestazioni del S.S.N. per i casi di malattia, infortuni e altri eventi che possano richiedere prestazioni di carattere sanitario o assistenziale a favore dei lavoratori dipendenti ed esodati, estendibile anche a familiari (a pagamento o meno in base al regolamento) e ai pensionati del gruppo.

Ciascun dipendente ha a disposizione una polizza sanitaria specifica, in base all'inquadramento posseduto alla data del 1° gennaio di ciascuna delle due annualità di valenza. La polizza copre anche il nucleo familiare a carico (coniuge e/o figli), con onere a carico dell'azienda.

Le risorse economiche sono rappresentate da:

- contributi aziendali versati dall'Azienda per ciascun dipendente e per gli esodati che hanno avuto accesso al Fondo di Solidarietà di settore;
- contributi di ciascun dipendente nei casi previsti (inclusione in polizza di familiari non fiscalmente a carico e del convivente more uxorio, eventuale adesione a coperture opzionali).

Uni.C.A. ha proceduto al rinnovo dei Piani sanitari per il prossimo biennio 2024-2025.

Generali SpA sarà il nuovo partner assicurativo della Cassa, che si avvarrà della propria società di servizi **Welion** quale provider per la gestione del network e dei sinistri.

La nuova Compagnia si occuperà dei servizi riservati agli iscritti di Uni.C.A., in particolare per ciò che riguarda la gestione delle pratiche di assistenza diretta attraverso il network convenzionato, la liquidazione dei rimborsi e la piattaforma telematica con accesso all'area riservata, che è a disposizione del **Personale in servizio** dal mese di gennaio 2024.

Per richieste di prestazioni sanitarie in forma diretta, la centrale operativa di Generali - dedicata agli assistiti di Uni.C.A. - è raggiungibile al **numero verde 800.590.590** o dall'estero al +39.02.82951111, da lunedì alla domenica dalle 7.00 alle 20.00

Per le coperture odontoiatriche destinate al personale in servizio, invece, è stato confermato **Aon/Pronto Care (Gruppo Aon Italia)** quale provider di servizio (ricordiamo che tali coperture sono gestite in regime di totale autoassicurazione da Uni.C.A.).

Le novità 2024-2025

Come già detto i Piani sanitari per il prossimo biennio sono stati rinnovati con la Compagnia **Generali SpA** che, per la gestione del servizio, si avvarrà del provider **Welion**, la società di servizi parte integrante della Business Unit specialistica Health&Welfare di Generali Italia.

Ricordiamo che i programmi sanitari di Uni.C.A. sono riservati:

- ai dipendenti;
- agli esodati che hanno avuto accesso al Fondo di Solidarietà Sezione Straordinaria con diritto all'erogazione del relativo assegno alla data dell'1.1.2024, nonché alle colleghe cessate con la cd. "Opzione Donna", per i 4 anni successivi all'anno di cessazione;
- ai pensionati del Gruppo UniCredit;
- ai rispettivi familiari che non abbiano ancora compiuto 85 anni entro il 31.12.2023;
- ai dipendenti e gli esodati delle società esterne al Gruppo UniCredit che, per effetto di accordi sindacali, hanno mantenuto la possibilità di adesione alla Cassa.

Chi dovesse compiere 85 anni nel corso di validità dei Piani, potrà mantenere le coperture sino al 31.12.2025. Di seguito riportiamo il dettaglio delle nuove polizze.

PER IL PERSONALE IN SERVIZIO (cui è equiparato il personale esodato):

- ✓ **PLUS**, destinata ai dipendenti appartenenti alle Aree Professionali e ai Quadri Direttivi;
- ✓ **EXTRA**, destinata ai Dirigenti.

Si tratta delle due polizze "di base" che rappresentano, di fatto, una semplificazione dell'impianto di coperture rispetto al passato: infatti, in base all'inquadramento posseduto, è prevista la puntuale assegnazione di una polizza dedicata che, per i Dirigenti, diventa unica a fronte delle diverse tipologie precedentemente in vigore. Per quanto detto, non sarà possibile l'upgrade a polizza superiore. Le polizze coprono il dipendente ed il nucleo familiare fiscalmente a carico (coniuge e/o figli), senza alcun onere a proprio carico in quanto il costo assicurativo è sostenuto dall'Azienda. Possono essere inclusi, altresì, i familiari non fiscalmente a carico, con costo a carico del titolare.

Va evidenziato che il rinnovo per il biennio 2024-2025 è avvenuto nel contesto di un aumento generalizzato del costo dei servizi sanitari pubblici e privati, con un forte incremento della tariffe/premi proposti dalle più importanti compagnie assicuratrici fornitrici di servizi. **L'incremento del contributo aziendale** a favore di ogni lavoratrice e ogni lavoratore, che è passato da 900 euro a 1.200 euro annuali in applicazione dell'accordo sindacale del 4.12.2023, ha consentito di mantenere l'assetto complessivo della Polizza sanitaria che prevede una vasta gamma di prestazioni, mitigando sia l'aumento di alcune franchigie (in particolare, nell'area ricovero), che quello dei contributi per l'inclusione dei familiari non fiscalmente a carico.

Per effetto dell'accordo del 4.12.2023 è prevista la **riduzione della franchigia applicata per le visite specialistiche effettuate presso il network convenzionato, che passa da €33 a €25** per l'intero biennio di validità dei Piani sanitari e viene confermato il pacchetto biennale di prevenzione medica, con le modalità applicative adottate nel biennio precedente.

Le nuove polizze non contemplano la possibilità di fruire di visite mensili gratuite di controllo presso la Rete in convenzione

L'accordo del 4.12.2023 prevede degli incontri semestrali finalizzati alla verifica dell'evoluzione del sistema di reti convenzionate ed un impegno ad incontrarsi nel primo semestre 2025 per valutare l'andamento della polizza, del mercato sanitario, delle prestazioni e del contributo; questo anche al fine di ampliare e migliorare, con l'ausilio di tutte le parti coinvolte (comprese le proposte provenienti dai territori), la rete convenzionata del nuovo provider (ad oggi meno sviluppata rispetto alla precedente) per consentire una maggiore utilizzazione delle prestazioni in forma diretta.

Le Coperture Odontoiatriche

Come già detto, per il prossimo biennio 2024-2025 è stato confermato **Aon/Pronto Care (Gruppo Aon Italia)** quale provider di servizio delle coperture odontoiatriche che, lo ricordiamo, sono gestite in totale autoassicurazione da parte di Uni.C.A.

IN ANALOGIA ALL'ASSETTO DI COPERTURE NON ODONTOIATRICHE, SONO PREVISTI DUE PIANI DENTARI:

- ✓ **"COLLETTIVA DENTI"**, rivolta a tutte le Aree Professionali ed ai Quadri Direttivi sino al IV livello;
- ✓ **"COMPLETA"**, rivolta ai Dirigenti.

Rimane invariato il contributo obbligatorio a carico del dipendente, parametrato all'inquadramento posseduto alla data del 1° gennaio di ciascuna delle due annualità, che sarà versato a fronte della copertura spettante.

Inoltre, è prevista la facoltà di richiedere l'estensione della copertura anche al nucleo familiare, purché già assicurato per le coperture di base, con contributo a proprio carico di €600 annui che si aggiunge al contributo obbligatorio. In particolare, è possibile aderire ai seguenti piani dentari:

- ✓ **"COLLETTIVA DENTI ESTESA"**, per tutte le Aree Professionali e i Quadri Direttivi sino al IV livello;
- ✓ **"COMPLETA ESTESA"**, per i Dirigenti

Queste le importanti novità relative ai piani odontoiatrici:

- aumento del massimale annuo di tutti i piani;
- aumento del massimale di rimborso per le prestazioni di ortognatodonzia nelle coperture Collettiva denti e Collettiva denti estesa, a 1.000 euro per la forma diretta e a 700 euro per la forma indiretta (quest'ultimo da intendersi come sotto massimale rispetto a quello della forma diretta).

Le coperture odontoiatriche possono essere sottoscritte facoltativamente dal personale in esodo (i costi sono indicati nell'apposita documentazione).

La copertura Denti Treviso è stata rinnovata a costi invariati, ed è riservata al personale in servizio ed in quiescenza proveniente dalla ex Cassa Marca Trevigiana già titolare di tale forma di assistenza nel biennio 2022-2023.

I prospetti delle coperture odontoiatriche sono disponibili ai seguenti link:

- [per Aree Professionali e Quadri Direttivi](#)
- [per il personale Dirigente](#)

Inserimenti / Revoche / Variazioni

Inserimenti / Revoche / Variazioni durante il biennio di validità dei Piani sanitari

L'adesione alle coperture offerte è irrevocabile per l'intero periodo biennale di vigenza dei Piani sanitari e deve essere effettuata entro i termini fissati. Il mancato inserimento nelle assistenze, entro il termine definito, impedisce successive variazioni nel corso del periodo di validità dei Piani sanitari, fatte salve le eccezioni di cui ai punti successivi.

INSERIMENTI

L'inserimento in assistenza oltre il termine fissato per le adesioni può avvenire esclusivamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- A. nuova assunzione;
- B. rientro in Italia di dipendente UniCredit precedentemente espatriato (ex Expat), a decorrere dal giorno del rientro, ovvero, se successivo, dal giorno seguente il termine della copertura prevista per il personale espatriato;
- C. nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- D. matrimonio del titolare;
- E. insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare;
- F. venir meno, per un familiare, di altra copertura sanitaria predisposta dal datore di lavoro. Rientra in tale fattispecie, il caso del coniuge/convivente more uxorio, già iscritto a Uni.C.A. come dipendente o esodato, per il quale viene meno la copertura garantita dal datore di lavoro a seguito di pensionamento.

Nei casi suindicati, la copertura assicurativa è operante dalle ore 24 della data dell'evento, purché comunicata **entro 90 giorni dalla predetta data**.

Per i punti C), D), E) e F) la data dell'evento deve risultare da apposita certificazione.

Per le inclusioni effettuate nel corso del periodo assicurativo e che comportano il pagamento di un contributo, lo stesso sarà calcolato nella misura del:

- 100% del contributo annuo, se l'inclusione avviene nel primo semestre assicurativo;
- 60% del contributo annuo se l'inclusione avviene nel secondo semestre assicurativo

REVOCHE

La revoca delle assistenze prima della scadenza del biennio di validità dei Piani sanitari avviene al verificarsi dei seguenti eventi:

- A. cessazione dal servizio del Titolare;
- B. decesso del Titolare o di un suo familiare assistito;
- C. separazione o divorzio con sentenza intervenuta tra Titolare e coniuge
- D. venir meno della convivenza con il Titolare per il convivente more uxorio e/o per il familiare fiscalmente non a carico (per il figlio vedi NOTA 2)
- E. adesione di un familiare del Titolare ad una copertura sanitaria predisposta dal datore di lavoro;
- F. raggiungimento del limite di età previsto per le singole assistenze, fermo quanto definito in ordine all'eventuale mantenimento delle assistenze una volta superato il limite di età
- G. esclusione del Titolare dall'Associazione, deliberata ai sensi di Statuto e Regolamento di attuazione dello Statuto di Uni.C.A.
- H. in caso di assegnazione del dipendente in servizio a una nuova sede di lavoro all'estero.

Per i casi di cui alle lettere B, C, D ed E verrà richiesta idonea documentazione a comprova.

Le assistenze rimangono in essere fino al 31 dicembre dell'anno assistenziale nel quale si è verificato l'evento, salvo quanto sotto previsto con riferimento all'art. 3 del Regolamento di attuazione dello Statuto di Uni.C.A..

Nel caso di assegnazione del dipendente ad una sede di lavoro all'estero, la copertura non sarà più operante dalla data di tale assegnazione; qualora il dipendente si trasferisca nella sede estera senza l'intero nucleo familiare assicurato, la copertura resterà comunque operante sino alla scadenza del biennio per i soli familiari inseriti nel Piano sanitario che non si siano trasferiti all'estero.

La revoca delle assistenze è invece immediata (cfr. art. 3 del Regolamento di attuazione dello Statuto di Uni.C.A.) per il Titolare e per i familiari inseriti nel Piano sanitario nei casi di:

- licenziamento del Titolare per giusta causa o giustificato motivo soggettivo;
- instaurazione di rapporto di lavoro con Azienda esterna al Gruppo UniCredit;
esclusione del Titolare dall'Associazione deliberata dal C.d.A. a sensi di Statuto (art. 5) e di Regolamento (art. 2 bis).

NOTA

2 *Affinché sia possibile revocare la copertura assicurativa del figlio fiscalmente non a carico in seguito ad uscita dal nucleo familiare del Titolare è necessario che si verifichi una delle seguenti situazioni:*

- a) costituzione da parte del figlio di un proprio nucleo familiare (matrimonio/convivenza more uxorio);*
- b) conseguimento da parte del figlio, nell'anno d'imposta in cui si verifica l'uscita dal nucleo, di un reddito complessivo superiore a € 26.000.*

Nel caso di decesso del Titolare, gli eventuali familiari inclusi in polizza rimarranno in copertura sino al 31 dicembre dell'anno assistenziale nel quale si è verificato l'evento. Dall'annualità successiva a quella del decesso del Titolare i familiari superstiti avranno la facoltà di aderire ad un Piano sanitario riservato al personale in quiescenza in qualità di titolari superstiti.

Il decesso del Titolare non fa venir meno l'obbligo di corrispondere il contributo complessivamente dovuto relativo all'anno in cui si è verificato il decesso; pertanto, qualora il contributo non sia già stato interamente corrisposto dal Titolare prima del decesso, la quota non corrisposta rimane a carico degli eredi. In caso di decesso di un familiare inserito nel Piano Sanitario, l'eventuale contributo previsto per il medesimo familiare rimane dovuto dal Titolare per l'anno in cui si è verificato il decesso. Per tutti i casi sopra elencati, non si procederà ad alcun rimborso del contributo annuo dovuto.

VARIAZIONI

Le variazioni di assistenza durante il periodo di validità dei Piani sanitari possono verificarsi nei seguenti casi:

A. modifica del carico fiscale di coniuge/figlio del Titolare (Associato/a dipendente in servizio o in quiescenza):

- acquisizione del carico fiscale in corso d'anno: il contributo è comunque dovuto fino al 31 dicembre dell'anno assistenziale in cui è stato acquisito il carico fiscale; a partire dal successivo 1° gennaio dovrà essere segnalato l'inserimento del coniuge/figlio quale familiare fiscalmente a carico;
- perdita del carico fiscale in corso d'anno: il contributo per le assistenze è dovuto a far tempo dal 1° gennaio dell'anno assistenziale successivo a quello di perdita del carico fiscale; pertanto, non è possibile escludere nella seconda annualità il familiare assicurato (coniuge/figlio) in relazione al quale sia intervenuta nella prima annualità la perdita del carico fiscale.

B. variazione di inquadramento (ex CCNL) di un dipendente nel corso dell'annualità assistenziale (da Area professionale/Quadro Direttivo a Dirigente, o viceversa): le coperture attive rimangono in essere sino al 31 dicembre dell'anno assistenziale in corso; a far tempo dal 1° gennaio dell'anno assistenziale successivo, al dipendente competerà la polizza sanitaria prevista per il nuovo inquadramento. In tali casi, verrà riproposta all'Associato(a) la possibilità di rinnovare le adesioni per i familiari a pagamento;

C. cessazione con diritto immediato a pensione o con forme di incentivazione finalizzate al pensionamento: le coperture sanitarie in corso di validità rimangono in essere fino al 31 dicembre dell'anno assistenziale di cessazione.

Inoltre, in corso di validità di Piano sanitario:

- i Titolari destinatari di prestazioni del Fondo di Solidarietà di Settore, acquisito lo status di pensionato (percezione della pensione obbligatoria), potranno, a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo, confermare l'iscrizione ad Uni.C.A. sottoscrivendo una delle polizze previste per il personale in quiescenza;
- le Titolari cessate ai sensi della c.d. "Opzione Donna", al 1° gennaio del 5° anno successivo alla cessazione, potranno confermare l'iscrizione ad Uni.C.A., sottoscrivendo una delle polizze previste per il personale in quiescenza;

Si ricorda che l'eventuale rinuncia all'iscrizione in qualità di Associato(a) in quiescenza comporterà, come previsto dallo Statuto, la definitiva decadenza della facoltà di iscriversi, anche in futuro, ad Uni.C.A.

D. variazione per un familiare già assicurato dello stato di convivenza/non convivenza risultante dallo stato di famiglia: la modifica dello stato di convivenza per un familiare già assicurato avvenuta nel corso di un anno assicurativo non produce effetti sul contributo dovuto per l'anno in cui è avvenuta la modifica.

E. variazione da convivente more uxorio a coniuge di familiare già assicurato: in caso di matrimonio nel corso di un anno assicurativo con il convivente more uxorio già assicurato, la modifica non produce effetti sul contributo dovuto per l'anno in cui è avvenuto il matrimonio.

AVVERTENZE

Tutte le fattispecie di cui al precedente paragrafo (Inserimenti / revoche / variazioni) dovranno essere comunicate per iscritto dall'Associato(a) utilizzando il canale specificato nella sezione Contatti del sito di [Unica\Contatti](#)

Per i dipendenti delle Società esterne al Gruppo UniCredit aderenti a Uni.C.A., tutte le comunicazioni dovranno essere trasmesse alla struttura People Services per Uni.C.A. per il tramite del proprio P&C BP.

Le comunicazioni relative a variazioni del proprio nucleo familiare effettuate dal dipendente al proprio datore di lavoro (es. matrimonio, variazione del carico fiscale di un familiare, nascita di un figlio, etc.) non saranno automaticamente trasmesse dal datore di lavoro ad Uni.C.A., ma dovranno essere oggetto di specifica comunicazione da parte del dipendente ad Uni.C.A. utilizzando i canali sopra richiamati.

Per i soli dipendenti del Gruppo UniCredit, sono escluse dall'obbligo di comunicazione ad Uni.C.A. le seguenti variazioni che attengono al rapporto di lavoro che intercorre tra il dipendente ed il proprio datore di lavoro Società del Gruppo UniCredit:

- nuova assunzione
- cessazione dal servizio
- variazione di inquadramento

Per consentire a Uni.C.A. la gestione di una corretta e tempestiva comunicazione con gli Associati, le variazioni dei dati personali (domicilio, cellulare, IBAN, etc.) dovranno essere prontamente aggiornate secondo le seguenti modalità:

- per i Dipendenti con accesso a My UniCredit:
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.
- per i Dipendenti senza accesso a My UniCredit (es. lungo assenti):
tramite proprio P&C BP che sottoporrà un HR Ticket > Variazione dati personali
- per i Dipendenti di Società non facenti parte del Gruppo UniCredit:
via mail, tramite il proprio P&C BP.
- per gli Esodati e i Pensionati:
contattare People services per Uni.C.A. via mail, all'indirizzo ucipolsan@unicredit.eu per il personale in esodo oppure polsanpen@unicredit.eu per i pensionati, allegando sempre fotocopia fronte/retro del documento di identità e inserendo nel corpo della mail il proprio codice fiscale, al fine di consentire l'identificazione del richiedente a tutela della riservatezza dei dati dell'Associato/a (protezione dei dati personali).

Prima della data effettiva di cessazione dall'Azienda è possibile verificare la correttezza o effettuare modifiche dell'indirizzo di residenza/domicilio e i dati telefonici accedendo a: People Focus > Self-service > Info personali.

Per la variazione dell'indirizzo e-mail, invece, sarà possibile procedere solo dopo l'effettiva cessazione dall'Azienda scrivendo alle rispettive caselle mail sopra indicate, allegando copia di un documento di identità e inserendo nel corpo della mail il proprio codice fiscale.

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

Uni.C.A. non sarà responsabile qualora la comunicazione inoltrata all'Associato(a) non venga recapitata a seguito di mancato aggiornamento da parte del medesimo(a) dei propri contatti.

Prestazioni Piani Sanitari

Tutte le prestazioni, gli scoperti, le franchigie e i massimali dei Piani Sanitari sono disponibili ai seguenti Link:

[Prospetto di sintesi polizza PLUS per Aree Professionali e Quadri Direttivi 2024-2025](#)



Prospetto di sintesi: polizza “Plus”



[Prospetto di sintesi polizza EXTRA per il personale Dirigente 2024-2025](#)



Prospetto di sintesi: polizza “Extra”



Alcuni Esempi di Scoperti / Franchigie / Massimali

AREA RICOVERO/EXTRAOSPEDALIERE	NUOVA PLUS		EXTRA
RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	RETE	€500	€750
	FUORI RETE	10% min. €2.000	15% min. €2.000
	DIARIA S.S.N.	€50	€50
	MASSIMALE	€150.000 nucleo/anno	MASSIMALE €500.000 nucleo/anno
MIOPIA - INTERVENTO DI CHIRURGIA RIFRATTIVA	RETE	€400	€0
	FUORI RETE	10% min. €1.300	10% min. €1.300
		MASSIMALE €150.000 nucleo/anno	MASSIMALE €500.000 nucleo/anno
LOGOPEDIA	RETE	€40 FATTURA	€40 FATTURA
	FUORI RETE	20% min. €60 FT	20% min. €60 FT
	30% min € 90 FT, se in strutture convenzionate e senza attivazione forma diretta		30% min € 90 FT, se in strutture convenzionate senza attivazione forma diretta
	40% min €120 FT, se in strutture convenzionate e "Elenco Cliniche TOP" senza attivazione forma diretta		40% min €120 FT, se in strutture convenzionate "Elenco Cliniche TOP" senza attivazione forma diretta
	MASSIMALE €1.000 anno/nucleo		MASSIMALE €1.000 anno/nucleo

AREA RICOVERO/EXTRAOSPEDALIERE		NUOVA PLUS	EXTRA
FISIOTERAPIA (per infortunio, malattie gravi, interventi cardiocirurgici, amputazioni arti)	RETE	€40 per ciclo di cura	€40 per ciclo di cura
	FUORI RETE	50%	50%
	60% min € 90 FT, se in strutture convenzionate e senza attivazione forma diretta		60% min € 90 FT, se in strutture convenzionate senza attivazione forma diretta
	70% min €120 FT, se in strutture convenzionate e "Elenco Cliniche TOP" senza attivazione forma diretta		70% min €120 FT, se in strutture convenzionate "Elenco Cliniche TOP" senza attivazione forma diretta
	----- MASSIMALE: € 1.400 nucleo/anno		----- MASSIMALE: compreso in €. 5.500 nucleo/anno per VISITE SPECIALISTICHE
AREA EXTRAOSPEDALIERE		NUOVA PLUS	EXTRA
CURE E DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	RETE	€33 FT	€33
	FUORI RETE	50% FT	50% FT
	60% min € 90 FT, se in strutture convenzionate e senza attivazione forma diretta		60% min € 90 FT, se in strutture convenzionate senza attivazione forma diretta
	70% min €120 FT, se in strutture convenzionate e "Elenco Cliniche TOP" senza attivazione forma diretta		70% min €120 FT, se in strutture convenzionate "Elenco Cliniche TOP" senza attivazione forma diretta
	----- MASSIMALE: € 5.000 nucleo/anno		----- MASSIMALE: € 7.500 nucleo/anno

AREA EXTRAOSPEDALIERE	NUOVA PLUS	EXTRA
-----------------------	------------	-------

VISITE SPECIALISTICHE	RETE	€25 FT	€25 FT
	FUORI RETE 30% min €60 FT 45% min € 90 FT, se in strutture convenzionat e senza attivazione forma diretta 60% min €120 FT, se in strutture convenzionat e “Elenco Cliniche TOP senza attivazione forma diretta ----- MASSIMALE: €3.000 nucleo/anno		30% min €60 FT 45% min € 90 FT, se in strutture convenzionate senza attivazione forma diretta 60% min €120 FT, se in strutture convenzionate “Elenco Cliniche TOP senza attivazione forma diretta ----- MASSIMALE: €5.500 nucleo/anno
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (DIAGNOSTICA ORDINARIA)	RETE	€33 FT	€33 FT
	FUORI RETE 30% min €60 FT 45% min € 90 FT, se in strutture convenzionat e senza attivazione forma diretta 60% min €120 FT, se in strutture convenzionat e “Elenco Cliniche TOP senza attivazione forma diretta ----- MASSIMALE: Compreso in €3.000 nucleo/anno per visite specialistiche		30% min €60 FT 45% min € 90 FT, se in strutture convenzionate senza attivazione forma diretta 60% min €120 FT, se in strutture convenzionate “Elenco Cliniche TOP” senza attivazione forma diretta ----- MASSIMALE: Compreso in €5.500 nucleo/anno per visite specialistiche

AREA EXTRAOSPEDALIERE			NUOVA PLUS	EXTRA
RIMBORSO TICKET S.S.N.			RIMBORSO TICKET PER PRESTAZIONI PREVISTE DAL PIANO	RIMBORSO TICKET PER PRESTAZIONI PREVISTE DAL PIANO

AREA RICOVERO	NUOVA PLUS					EXTRA		
RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO	RETE €1.500					€1.500		
	FUORI RETE 10% min. €2.500					15% min. €2.500		
	DIARIA S.S.N. €50					€50		
	MASSIMALE €150.000 nucleo/anno					MASSIMALE €500.000 nucleo/anno		
GRANDI INTERVENTI	RETE €1.000					€1.500		
	FUORI RETE 20%					20%		
	DIARIA S.S.N. €50					€50		
	MASSIMALE €300.000 nucleo/anno					MASSIMALE €500.000 nucleo/anno		
DAY OSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO	RETE €300					€300		
	FUORI RETE 10% min. €1.750					10% min. €1.750		
	DIARIA S.S.N.	DI €50	€50	€40 al giorno	DI €50	€50	€40 al giorno	DIA €50
		ARI			ARI			RIA S.S.
								€50
DAY OSPITAL SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	RETE €300					€300		
	FUORI RETE 10% min. €1.300					10% min. €1.300		
	DIARIA S.S.N.	DI €50	€50	€30 al giorno	DI €50	€50	€30 al giorno	DIA €50
		ARI			ARI			RIA S.S.
								€50
INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	RETE €250					€250		
	FUORI RETE 10% min. €850					15% min. €850		
	MASSIMALE: €150.000 nucleo/anno					MASSIMALE: €500.000 nucleo/anno		
INTERVENTO CHIRURGICO ODONTOIATRICO	RETE €400					€400		
	FUORI RETE 20% min. €1.500					20% min. €1.500		
	MASSIMALE € 10.000 nucleo/anno					MASSIMALE € 10.000 nucleo/anno		

Provider Generali/Welion

È possibile accedere alle prestazioni sanitarie offerte da Uni.C.A. tramite Generali/ Welion come di seguito illustrato:

- a) **assistenza sanitaria diretta:** è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da UNI.C.A. tramite Generali Italia che provvede al pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per le prestazioni mediche ed ospedaliere ricevute purché indennizzabili a termini di polizza. L'Assistito pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico e/o delle eccedenze di spesa a suo carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.
- b) **assistenza sanitaria rimborsuale/indiretta:** è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile dalla Cassa (fatta salva l'ipotesi di accesso al network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario. **In modalità indiretta l'Assistito deve anticipare la somma a cui verrà poi applicata una franchigia a seconda del piano. L'assistenza sanitaria rimborsuale è valida anche per le spese sanitarie sostenute all'estero.**
- c) **assistenza sanitaria mista:** l'assistito potrà fruire di una forma mista di liquidazione delle spese nel caso di prestazioni presso istituti di cura (pubblici e privati) convenzionati con la Società e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) ed equipe non convenzionate e/o prestazioni non convenzionate.

La Società paga direttamente all'istituto di cura convenzionato la componente di spesa, indennizzabile a termini di polizza, relativa all'istituto di cura convenzionato (assistenza diretta), salvo l'applicazione di scoperti/franchigie previsti in polizza per la forma diretta.

L'assicurato sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici non convenzionati con la Società, richiedendone successivamente il rimborso alla medesima. Le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'assicurato previa applicazione di scoperti/franchigie indicati in polizza per la forma indiretta, che rimangono a suo carico.

IN CASO DI RICOVERO E INTERVENTO CHIRURGICO (ASSISTENZA DIRETTA)→ L'Assicurato, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata deve contattare la Centrale Operativa, **almeno 5 giorni feriali prima della data della prestazione**, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'equipe medica e di valutare la congruità assicurativa della prestazione.

IN CASO DI VISITE SPECIALISTICHE/ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (ASSISTENZA DIRETTA)→ Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare una prestazione extraospedaliera presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa **almeno 2 giorni lavorativi prima della data della prestazione** al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

Tutti i dettagli relativi al regime indiretto, misto o rimborsuale, nonché ulteriori specifiche per il regime diretto sono dettagliate nella Guida e nel manuale disponibili sempre sul sito [Uni.C.A. - UniCredit Cassa Assistenza](#) (sezione news), riportiamo qui di seguito i link.

[GUIDA ASSISTITO](#)

[GENERALI \(Unicredit.it\) – ISTRUZIONI OPERATIVE](#)

CONTATTI GENERALI/WELION

Per richieste di prestazioni sanitarie in forma diretta, la centrale operativa di Generali, dedicata agli assistiti di Uni.C.A., è raggiungibile al **numero verde 800.590.590** o dall'estero al +39.02.82951111, da lunedì alla domenica dalle 7.00 alle 20.00.

Il portale WEB è raggiungibile per il PER IL PERSONALE IN SERVIZIO al seguente link: [DOL-WL \(generali.it\)](#). È possibile accedere anche cliccando la voce GENERALI (2024-2025) nella top bar del Welfare UniCredit – UNI.C.A.



A partire dal mese di marzo 2024 l'Area Riservata di Generali sarà raggiungibile anche da Esodati e Pensionati. Sempre da tale data l'Area Riservata di Generali sarà raggiungibile da tutti anche tramite APP.

CONVENZIONARE UNA NUOVA STRUTTURA

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile nel **sito di Generali Italia** [www.generali.it](#) alla voce **“Strutture Convenzionate”** ed è periodicamente aggiornato.

Il Network Sanitario, infatti, è suscettibile di modifiche anche in corso dell'annualità assicurativa. L'ufficio Convenzioni provvede all'aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo fornire all'Assicurato un'informazione sempre aggiornata tramite la Centrale Operativa.

Una Struttura Sanitaria si può candidare al Network di Generali Welion. Basterà indicare alla struttura candidata di andare sul sito di Welion.it e cliccare nella sezione [CONTATTI](#)

Una volta lì, basterà andare in fondo alla pagina e scegliere il form più adatto in base al tipo struttura (SANITARIO o ODONTOIATRICO). I medici verranno convenzionati tramite le Strutture. Non è possibile far convenzionare direttamente i singoli medici. Cliccando su **CLICCA QUI E COMPILA IL FORM** si aprirà una schermata con una serie di informazioni indispensabili per la lavorazione della richiesta.

Appena compilato il form l'Ufficio Convenzioni di Generali Welion riceverà una notifica e valuterà la candidatura, fornendo puntuale riscontro nel caso di reciproco interesse.

ACCESSO AL NETWORK SANITARIO A TARIFFE AGEVOLATE

In caso di prestazioni non previste dalla Polizza oppure qualora l'Assicurato non attivi la Centrale Operativa ma utilizzi, comunque, un centro clinico o studio odontoiatrico convenzionato con pagamento a proprio carico avrà diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere quale assicurato di Generali Italia tramite il documento "attestato strutture convenzionate".

La spesa sostenuta potrà essere oggetto di richiesta di rimborso se rientrante nel piano sanitario sottoscritto con applicazione delle franchigie previste per le prestazioni "fuori rete".

Il documento "Attestato Strutture Convenzionate" è disponibile nell'area riservata alla sezione documenti e modulistica.

DOCUMENTI E MODULISTICA

L'assicurato potrà accedere all'area personale e nella sezione «documenti e modulistica».

La sezione contiene documentazione utile sulla polizza, tra cui:

- Il documento di delega e privacy.
- L'attestato di copertura estera, utile in caso di prestazioni all'estero.
- Le certificazioni fiscali, suddivise per anno. È possibile vedere le certificazioni relative agli anni passati cliccando sul tasto «cambia annualità».
- La Tabella di raccordo delle prestazioni, utile per verificare quali voci di prestazioni selezionare durante la richiesta online di presa a carico diretta/rimborso.

Tutti i documenti possono essere scaricati cliccando sul tasto di download presente a destra del nome del documento.

Elenco Grandi Interventi Chirurgici

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-cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonoplastica
- 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-ale per via tradizionale
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-ale 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-pancreasectomia con o senza linfadenectomia
- Pancreasectomia 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 malformazione vascolare
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria

- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Petrosectomia

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi di spalla
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomia
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Trattamento cruento dei tumori ossei
- Grandi amputazioni d'arto superiori ad un terzo

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia

CHIRURGIA PEDIATRICA (NON ESCLUSE DALLA GARANZIA)

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.

- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per ascesso cerebrale
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali per via anteriore
- Intervento chirurgico per neoplasie maligne dei nervi periferici

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovesica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale, per neoplasia maligna

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomia allargata con linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via addominale con linfadenectomia

CHIRURGIA OCULISTICA

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento per neoplasia del globo oculare

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare

- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauetere: resezione con reimpianto, resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ALTRE VOCI

Si considerano "interventi di alta chirurgia" anche:

- il trapianto di organi con espianto di organi del donatore;
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione), purché superiore a giorni 3.

Grandi interventi: previsioni POLIZZA “PLUS”

Grandi interventi



PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi, medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, trattamenti rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez. “Accompagnatore”) Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ nei 120 gg.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri Fuori Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 300.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 1.000 Fuori Rete: 20%
NOTE	Trapianti: rimborso spese chirurgiche donante. Cfr. Elenco grandi interventi. Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia “Area ricovero” le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia “Area Specialistica” ⁽¹⁾ Trattamenti fisioterapici e rieducativi: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria.

Grandi interventi: previsioni POLIZZA “EXTRA”

Grandi interventi



PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi, medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, trattamenti rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”) Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ nei 120 gg.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri Fuori Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 1.500 Fuori Rete: 20%
NOTE	Trapianti: rimborso spese chirurgiche donante. Cfr. Elenco grandi interventi Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia “Area ricovero” le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia “Area Specialistica” ⁽¹⁾ Trattamenti fisioterapici e rieducativi: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria.

Elenco cliniche top

ROMA

- Casa di Cura Paideia S.p.A.
- Casa di Cura Mater Dei S.p.A.
- Ars Medica
- Casa di Cura Quisisana
- Casa di Cura Villa Stuart
- 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 La Madonnina

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.

Elenco interventi chirurgici plafonati

Elenco interventi chirurgici

per i quali è previsto un limite di indennizzo (plafond) in rete e fuori rete

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND
Intervento di legatura e stripping delle vene (varicocoele compreso)	€ 3.500
Intervento di settoplastica funzionale, compresa eventuali interventi sui turbinati	€ 3.500
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di grandi segmenti (femore, omero, tibia)	€ 9.000
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di medi segmenti (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone)	€ 6.000
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di piccoli segmenti (tutti gli altri)	€ 3.000
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad esempio, chiodi, placche, viti)	€ 3.000
Intervento di tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3.000
Intervento per ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 5.000
Intervento di emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole e/o prolasso rettale	€ 4.500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo, dito a martello, alluce rigido	€ 4.000
Intervento a carico del ginocchio (diversi da legamenti)	€ 7.000
Isteroscopia operativa	€ 4.000
Intervento di ricostruzione dei legamenti	€ 8.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7.500
Intervento di asportazione cisti ovariche	€ 8.500

Intervento di tiroidectomia (esclusa radicale per neoplasia maligna)	€ 10.000
Intervento di colecistectomia	€ 8.500
Intervento per ernia del disco e/o stabilizzazione vertebrale	€ 11.000
Interventi di artrodesi e/o stabilizzazione vertebrale (qualsiasi metodica), compresa ev. asportazione di ernia del disco intervertebrale (qualsiasi metodica, incluso robot)	€ 14.000
Prostatectomia endoscopica per adenoma (TURP)	€ 9.000
Prostatectomia radicale per neoplasia maligna compresa linfadenectomia (qualsiasi metodica, incluso robot)	€ 18.000
Intervento di isterectomia	€ 10.000
Intervento di isterectomia per neoplasia maligna (compresa eventuale annessiectomia e linfadenectomia)	€ 15.000
Intervento per artroprotesi anca	€ 20.000
Asportazione di neoformazioni cutanee (cisti in genere, lipomi e nevi) (1)	€ 1.000
Intervento per artroprotesi ginocchio	€ 15.000
Intervento per morbo di Dupuytren, sindrome di Guyon	€ 2.000
Intervento per tunnel carpale	€ 1.500
Intervento per dito a scatto e per intrappolamento del nervo ulnare al gomito	€ 2.500
Intervento per cataratta (con o senza IOL) - per occhio	€ 2.000
Intervento per asportazione cisti e noduli benigni del seno (nodulectomie)	€ 3.500
Intervento per appendicectomia	€ 4.000

Il PLAFOND è riferito al solo ricovero e non si applica alle spese pre e post ricovero.

Ove nello stesso ricovero vengano effettuati due o più interventi compresi in questo elenco, si applica il plafond al 100% per l'intervento principale (come definito dal chirurgo) e al 70% per quelli secondari; l'eventuale franchigia prevista viene applicata una sola volta, sull'intero ammontare della spesa.

Nel caso di interventi plafonati con accesso in forma diretta, non si applica la franchigia prevista per i ricoveri con intervento chirurgico.

Nel caso in cui il preventivo della struttura scelta dall'assicurato sia superiore al limite di indennizzo previsto dalla presente copertura assicurativa, sono individuate, se disponibili sul territorio, almeno 2 strutture convenzionate alternative in grado di garantire la prestazione con costi di convenzionamento inferiori al limite di indennizzo.

⁽¹⁾ Consultare il documento "Polizze Assicurative: prassi liquidative" per la fattispecie relativa a Nevi e neoformazioni cutanee.

Ultrattività 2024 di Intesa San Paolo RBM Salute e Previmedical

Con riferimento alla scadenza al 31.12.2023 dei contratti assicurativi e di servizio con i fornitori in oggetto, di seguito forniamo le seguenti indicazioni relative al regime di ultrattività.

RICOVERI

In base al principio della competenza per anno di accadimento dell'evento sanitario principale (Ricovero):

- **in caso di ricovero avvenuto negli ultimi mesi del 2023**, per le cd. "Prestazioni POST ricovero" (prestazioni effettuate nei 100 gg o 120 gg per trattamenti fisioterapici successivi al ricovero stesso) avvenute nel 2024, potrà essere richiesto il rimborso delle relative spese sostenute a Previmedical, tramite i canali già in uso, rimanendo tali spese a carico della Compagnia assicurativa uscente;
- **in caso di ricovero da effettuarsi nel 2024**, per le cd. "Prestazioni PRE ricovero" (prestazioni effettuate nei 100 gg antecedenti il ricovero stesso), qualora non già autorizzate o chieste a rimborso alla Compagnia assicurativa uscente sotto forma di accertamenti diagnostici/visite specialistiche, potrà essere chiesto il rimborso alla subentrante Compagnia GENERALI attraverso le modalità di prossima comunicazione.

CONTO SALUTE

Per lo stesso principio di competenza sopra indicato, sarà possibile utilizzare quanto già accumulato nel Conto Salute al fine di ridurre o azzerare l'incidenza di eventuali quote a proprio carico (scoperti e/o franchigie) per le seguenti casistiche:

- pratiche di competenza 2023
- pratiche di competenza 2024 relative a prestazioni post ricovero collegate a ricoveri avvenuti nel 2023.

Non sarà quindi possibile l'utilizzo di eventuali residui del Conto Salute per pratiche sanitarie di competenza 2024 gestite dalla nuova Compagnia assicurativa.

ACCESSO AREA RISERVATA PREVIMEDICAL

Ferma restando la prescrizione di due anni dalla data dell'evento prevista per la rimborsabilità di prestazioni sanitarie, informiamo che l'accesso all'area riservata di Previmedical sarà possibile fino al 31.12.2024 tramite i seguenti canali:

per colleghi in servizio:

- sito Welfare > Uni.C.A. > [Previmedical \(2022-23\)](#)
- sito: <http://www.unica.previmedical.it/>

per pensionati, esodati, superstiti e lungo assenti:

- sito: <http://www.unica.previmedical.it/>

