

LA COPERTURA SANITARIA DI TIPO ASSICURATIVO PER IL 2021

A seguito delle numerose richieste di informazioni pervenute in merito alla **copertura sanitaria di tipo assicurativo valida per il 2021** riteniamo utile fornire alcune precisazioni.

La polizza, stipulata con decorrenza 1° gennaio 2020 con la società **CARGEAS Assicurazioni**, ha durata biennale e **scadrà** pertanto il **31 dicembre 2021**, garantendo la **copertura** per tutto l'anno in corso.

Il recente accordo relativo alla cessione di rami di aziende a BPER ha del resto confermato per tutto il 2021 nei confronti del personale trasferito le coperture in essere (in particolare, per il personale di provenienza UBI, Polizza CARGEAS - Fondo Assistenza Gruppo UBI - Assistenza Sanitaria Banca delle Marche).

Nei prossimi giorni le lavoratrici e i lavoratori **coinvolti nella cessione a BPER** dovrebbero ricevere le **indicazioni utili per confermare o variare i propri dati in relazione alla polizza sanitaria**, inclusi quelli relativi ai **familiari** a cui si intende estendere la copertura (con la possibilità di escludere eventuali familiari che vi fossero stati ricompresi in precedenza).

Analogo iter interesserà in seguito (presumibilmente nel mese di **febbraio**) le colleghe e i colleghi che saranno coinvolti nell'**incorporazione in Intesa Sanpaolo**.

Il portale sarà quindi reso accessibile secondo le due tempistiche.

Cogliamo l'occasione per sintetizzare alle pagine seguenti alcune informazioni riguardanti la polizza, tra cui la **sintesi delle prestazioni**, l'elenco dei **familiari assicurabili** e i costi ad essi relativi. Per la copertura del solo dipendente la quota di contribuzione a carico del/la collega è pari allo 0,40% della Retribuzione annua lorda (imponibile TFR) con un limite massimo di € 800.

Per maggiori approfondimenti rinviamo alla **Info Personale** emanata in precedenza: ai link che seguono è possibile scaricarne il testo, inclusi gli allegati.

La FISAC CGIL è comunque a disposizione per chiarimenti.



Info Personale di Gruppo n. 2/2020 Nuova copertura sanitaria rimborso spese di cura e malattia o infortunio Cargeas Assicurazioni a favore del personale in servizio ovvero aderente al FSR e dei famigliari	http://www.fisacgruppoubi.it/InfoPersonaleGruppo_PolizzaSanitaria.pdf
Allegati:	
1. Principali novità e condizioni di Assicurazione	http://www.fisacgruppoubi.it/InfoPersonaleGruppo_PolizzaSanitaria_All1.pdf
2. Polizza n. 2000071370	http://www.fisacgruppoubi.it/InfoPersonaleGruppo_PolizzaSanitaria_All2.pdf
3. Modulo domanda di rimborso spese sanitarie	http://www.fisacgruppoubi.it/InfoPersonaleGruppo_PolizzaSanitaria_All3.pdf
4. Modulo domanda di rimborso spese odontoiatriche	http://www.fisacgruppoubi.it/InfoPersonaleGruppo_PolizzaSanitaria_All4.pdf
5. Modulo richiesta di copertura diretta in struttura convenzionata	http://www.fisacgruppoubi.it/InfoPersonaleGruppo_PolizzaSanitaria_All5.pdf
6. MyAssistance - Guida operativa per l'assistito	http://www.fisacgruppoubi.it/InfoPersonaleGruppo_PolizzaSanitaria_All6.pdf

FAMILIARI ASSICURABILI (LAVORATORI IN SERVIZIO ED ESODATI)

FAMILIARE			CONTRIBUTO
<ul style="list-style-type: none"> – coniuge fiscalmente a carico – figli fiscalmente a carico – figli riconosciuti permanentemente inabili al lavoro e appartenenti al nucleo familiare – persone già conviventi in attesa di regolarizzazione di affido pre-adottivo e in affido 			Per ciascuna persona <ul style="list-style-type: none"> • € 20 per le Aree professionali • € 40 per i Quadri Direttivi • € 70 per i Dirigenti
coniuge non fiscalmente a carico			<ul style="list-style-type: none"> • € 180 per le Aree professionali • € 200 per i Quadri Direttivi • € 300 per i Dirigenti
convivente more uxorio <i>(N.B. nel caso di unioni civili occorre fare riferimento alle previsioni per il coniuge)</i>			0,40% Retribuzione annua lorda (imponibile TFR) con un limite massimo di € 800
<ul style="list-style-type: none"> – figli conviventi fiscalmente non a carico (indipendentemente dall'età) – figli non conviventi fiscalmente non a carico fino a 26 anni – genitori, se rientranti nei seguenti limiti di reddito ed età 			€ 250
Età	Limite annuo individuale	Limite annuo cumulato con coniuge	
da 57 a 69 anni compiuti	€ 9.000	€ 17.000	
da 70 anni in poi	€ 12.000	€ 23.000	

Per quanto riguarda la **natura di familiare a carico** si ricorda che il limite massimo di reddito che il familiare deve possedere per essere considerato fiscalmente a carico è pari a **€ 2.840,51** lordi annui, elevato (dal 1° gennaio 2019) a **€ 4.000** per i figli di età non superiore a 24 anni.

SINTESI CONDIZIONI DI POLIZZA

SPESE PER RICOVERO / OSPEDALIERE	
Garanzie principali	Massimali - Limiti - Franchigie - Scoperti
Ricovero in Istituto di cura senza intervento chirurgico	€ 200.000
Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico	€ 400.000
Intervento chirurgico ambulatoriale	€ 200.000
Day hospital / Day Surgery, MAC	€ 200.000
Condizioni per: Ricovero in Istituto di cura senza intervento chirurgico Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico	<u>In rete</u> (Presa in carico diretta: Centri clinici convenzionati): Franchigia € 400 <u>Fuori rete</u> (Assistenza sanitaria rimborsuale: Centri clinici non convenzionati): Scoperto 15% minimo € 400 massimo € 2.600 <u>Regime misto:</u> Franchigia € 400 per Centri clinici convenzionati Scoperto 15% minimo € 400 e massimo € 2.600 per Centri clinici non convenzionati, medici e personale non convenzionati
Condizioni per: Intervento chirurgico ambulatoriale, Day hospital / Day Surgery, MAC	Franchigia € 150
Condizioni: le Franchigie e gli Scoperti di cui ai punti precedenti non si applicano sulle seguenti prestazioni:	Rette di degenza, retta accompagnatore, parto diverso da quello cesareo, aborto terapeutico o spontaneo, spese rimpatrio salma, ricovero per la cura di "reazione astenica depressiva", trapianto di organi o parte di essi
Rette di degenza	<u>In rete e Regime misto:</u> rimborso 50% per i primi 3 giorni e 100% dal 4° giorno <u>Fuori rete:</u> nessun rimborso per i primi 3 giorni e Scoperto 20% dal 4° giorno
Spese pre / post (Nelle spese post ricovero sono comprese le cure termali, con esclusione delle spese alberghiere)	90 giorni precedenti / 100 giorni successivi Spese post: <u>In rete:</u> massimo € 20.000 <u>Fuori rete:</u> massimo € 10.000
Retta dell'accompagnatore	€ 65 al giorno per massimo giorni pari al ricovero
Trasporto dell'Assicurato	€ 2.500
Parto fisiologico (v. anche PACCHETTO MATERNITÀ)	€ 1.000
Rimpatrio della salma dall'estero	€ 3.500

<p>Indennità giornaliera da ricovero avvalendosi del SSN (diaria sostitutiva per giorno con correlato pernottamento, salvo quanto previsto per day hospital)</p>	<p>€ 52 al giorno per massimo 120 giorni</p> <p>€ 50 al giorno per ricovero per parto (v. oltre PACCHETTO MATERNITÀ)</p> <p>Per Day hospital / Day Surgery, MAC corrisposta solo se si effettuano 3 giorni consecutivi (escluse le festività) oppure se nell'arco di 6 mesi si effettuano almeno 5 giorni in day hospital per la medesima patologia</p>
<p>Trapianto di organi</p>	<p>Compreso prelievo sul donatore</p>
<p>Interventi laser occhi</p>	<p>Previsti alle condizioni delle spese per intervento e <u>solo</u> se dovuti ai seguenti difetti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. differenza del visus tra i due occhi di almeno 3 diottrie per singolo vizio 2. miopia superiore a 6 diottrie per singolo occhio 3. astigmatismo superiore a 3 diottrie per singolo occhio 4. ipermetropia superiore a 3 diottrie per singolo occhio 5. difetto misto superiore a 6 diottrie sfero equivalenti (astigmatismo calcolato per metà) per singolo occhio <p>Il verificarsi di uno dei difetti di cui ai punti da 2 a 5 per uno solo dei due occhi, rende comunque risarcibile l'intervento anche per l'altro occhio con difetto inferiore, nella misura del 50%</p>
<p>Parto cesareo (v. anche PACCHETTO MATERNITÀ)</p>	<p>Come intervento</p>
<p>Cura dell'alopecia femminile (anche extra ricovero)</p>	<p>Scoperto 70% con minimo € 65 in rete e € 70 fuori rete</p> <p>Per protesi massimo € 500</p>
<p>Ricovero per cura di reazione astenica depressiva</p>	<p>massimo € 71 al giorno per massimo 90 giorni</p>
<p>Ricovero per cura psicosi</p>	<p>Scoperto 60%</p>
SPESE EXTRAOSPEDALIERE	
<p>Garanzie principali</p>	<p>Massimali - Limiti - Franchigie e Scoperti</p>
<p>Visite mediche - Accertamenti diagnostici - Trattamenti specialistici (comprese le cure termali con esclusione delle spese alberghiere) - Cure omeopatiche (esclusi i medicinali) - Dialisi e cure logopediche - Terapie infiltrative - Trattamenti fisioterapici e riabilitativi - Tecarterapia - Cure eseguite dal podologo</p> <p>Sono ricomprese le cure termali (previste anche nell'ambito delle spese post ricovero alle condizioni previste nella sezione SPESE OSPEDALIERE)</p>	<p>€ 3.500</p> <p>augmentati a € 5.000 in presenza di persone disabili</p>

Condizioni	<p><u>In rete</u> (Preso in carico diretta: Centri clinici convenzionati) Scoperto 10% minimo € 65</p> <p><u>Fuori rete</u> (Assistenza sanitaria rimborsuale: Centri clinici non convenzionati) Scoperto 30% minimo € 70</p> <p>Scoperto 60% per la cura delle psicosi</p> <p>Ticket sanitari: rimborso 100%</p>
Visite specialistiche e/o sedute presso psicologi, psicoterapeuti, psichiatri	€ 1.000 annui/nucleo per assicurati con figli disabili in condizione di gravità Scoperto 50%
Dislessia e sindromi collegate	€ 2.000 annui/nucleo per sedute presso il logopedista (fino al compimento del 17° anno di età) (Franchigie e Scoperti come per Visite mediche - Accertamenti diagnostici, ecc.)
Acquisto lenti correttive della vista e lenti a contatto (importi rimborsabili annui per persona)	€ 180 per difetti fino a 10 diottrie € 450 per difetti oltre 10 diottrie e per lenti bifocali o progressive Scoperto 20% minimo € 18
Acquisto di apparecchi acustici	€ 1.500 aumentati a € 4.000 in presenza di persone disabili Scoperto 25% minimo € 18
Acquisto o noleggio di apparecchi protesici o terapeutici e di cavaliere rigide, nonché di ausili deambulatori in conseguenza di evento assicurato	€ 1.500 aumentati a € 4.000 in presenza di persone disabili Scoperto 50% se non fruiti tramite SSN (qualora sussista la possibilità di fornitura da parte del SSN)
SPESE DENTARIE	
Garanzie principali	Massimali - Limiti - Franchigie e Scoperti
Spese per cure dentarie generiche come da nomenclatore (v. tabella SPESE CURE DENTARIE)	€ 5.000 per anno assicurativo Massimali e limiti come da tabella successiva
Parodontopatie	€ 3.500 per anno assicurativo € 8.000 per ciclo di cura (fermo il limite di € 3.500 per anno assicurativo) Scoperto 70% minimo € 155
PACCHETTO MATERNITÀ	
Garanzie principali	Massimali - Limiti - Franchigie e Scoperti
Visite di controllo ostetrico ginecologiche - Ecografie - Analisi del sangue, analisi di laboratorio, amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale - Altri accertamenti diagnostici finalizzati al monitoraggio dello sviluppo del feto	€ 600 per gravidanza Scoperto 10% esclusa indennità da ricovero Ticket sanitari: rimborso 100%
Indennità giornaliera da ricovero	€ 50 in occasione del parto
Per parto fisiologico o cesareo vedi sezione SPESE OSPEDALIERE	

TABELLA SPESE CURE DENTARIE

Tipo di prestazione	Accesso alle prestazioni per persona	Tariffa
Rx endorale (per 2 elementi)	Una volta all'anno	€ 16
Ortopantomografia	Due volte all'anno	€ 35
Levigatura e courettage gengivale (per 4 elementi)	Due prestazioni ogni 12 mesi	€ 40
Estrazione di dente o radice	Una volta all'anno	€ 80
Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	Una volta all'anno	€ 350
Rizectomia per elemento	Tre prestazioni all'anno comprovate da rx	€ 130
Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	Una prestazione all'anno comprovata da rx	€ 300
Rizotomia e relative endorali	Due prestazioni all'anno comprovate da rx	€ 120
Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia - incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose - opercolotomia - intervento chirurgico preprotetico e relative endorali)	Tre prestazioni all'anno comprovate da rx o foto digitale endorale	€ 120
Otturazione in composito o amalgama indipendentemente dalla classe o da più classi sullo stesso dente (compreso eventuale incappucciamento della polpa)	Una volta all'anno per una sola otturazione l'anno a prescindere: 1. dal numero di otturazioni (anche di diverse classi) che possono essere eseguite sullo stesso dente; 2. dal numero di otturazioni (anche di diverse classi) da effettuarsi su denti diversi	€ 90
Terapia endodontica ad un canale compresa otturazione del canale e ricostruzione coronale e relative endorali	Una volta all'anno comprovata da rx	€ 130
Terapia endodontica a due canali compresa otturazione dei canali e ricostruzione coronale e relative endorali	Una volta all'anno comprovata da rx	€ 170
Terapia endodontica a tre o quattro canali compresa otturazione dei canali e ricostruzione coronale e relative endorali	Una volta all'anno comprovata da rx	€ 220
Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	Una volta ogni 3 anni	€ 150
Placca occlusale o bite	Una volta ogni 24 mesi Richiesta certificazione del laboratorio	€ 400
Molaggio selettivo per arcata	Una volta ogni tre anni indipendentemente dal numero di sedute	€ 60
Esame elettromiografico e/o kinesiografico	Una volta ogni tre anni Da allegare alla fattura	€ 300