



POLIZZA SANITARIA 2018/2019

“IN ATTESA DI CIRCOLARE AZIENDALE...”

Nei giorni scorsi abbiamo sollecitato l'azienda circa i tempi di **pubblicazione della circolare relativa alla Polizza sanitaria per il biennio 2018-2019** e ci è stato comunicato che l'emanazione è prevista per la **seconda settimana** del prossimo mese di **marzo**.

La Circolare conterrà tutte le **istruzioni necessarie** per usufruire delle prestazioni, fermo restando che **sia il dipendente** (per il quale dallo scorso mese di gennaio viene effettuato in busta paga l'addebito del contributo a suo carico), **sia i familiari** (ancorché al momento non sia contabilizzato l'addebito) **sono da intendersi già coperti** anche dalla nuova polizza dall'1.1.2018.

Al momento dell'uscita della Circolare il collega dovrà comunque provvedere a **confermare/modificare/aggiungere** la posizione dei familiari che intende assicurare attraverso apposita procedura che verrà attivata sul portale aziendale.

Nell'attesa dell'emanazione della Circolare evidenziamo alcuni aspetti importanti:

1. il termine di 120 giorni, previsto per la presentazione delle richieste di rimborso, è sospeso sino all'attivazione del portale web My Assistance con la ricezione delle relative credenziali;
Raccomandiamo pertanto di conservare eventuali ricevute/fatture di spese sostenute, evitando quindi per il momento di inoltrare richieste di rimborso cartacee e/o via mail;
2. è invece pienamente operativa la procedura relativa all'erogazione delle prestazioni tramite “presa in carico diretta”.

Pertanto il collega può avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata previa autorizzazione rilasciata direttamente da “My Assistance” (vedi Manuale Operativo allegato).

Inoltre, dal punto di vista operativo, consigliamo di:

- **contattare nei casi di URGENZA “MY ASSISTANCE”** ai seguenti recapiti (dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle 18:00)
 - dall'Italia e da fisso numero verde 800 777701
 - dall'estero o da cellulare numero (+39) 02 303500777

In attesa della Circolare vi riproponiamo la **Sintesi delle condizioni**, il **Prospetto relativo ai familiari assicurabili** e il **Manuale Operativo di “My Assistance”**.

Vi ricordiamo infine che **nulla cambia** per i beneficiari delle prestazioni del **Fondo Assistenza del Gruppo UBI Banca** (in prevalenza colleghi ex BBS, UBIS, UBI Leasing, UBI Factor e IWBanck) e per i colleghi provenienti dalle ex **Bridge Banks**¹.

Lì, 21 febbraio 2018

Coordinamenti di Gruppo UBI
Fabi First-Cisl Fisac-Cgil Uilca-Uil Unisin

¹ Per coloro che provengono dalle Società in cui l'assistenza sanitaria ha natura assicurativa (ex Banca Tirrenica, ex Banca Federico del Vecchio, Etruria Informatica e Banca Teatina) la copertura sarà garantita dalla polizza in esame dal 1° gennaio 2019.

L'assistenza sanitaria integrativa di natura mutualistica in essere per ex Banca Adriatica ed ex Carilo sarà analizzata nell'ambito dei lavori della Commissione prevista dal citato Accordo 24.01.2018.

FAMILIARI ASSICURABILI (LAVORATORI IN SERVIZIO E PENSIONATI)

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	

SINTESI CONDIZIONI DI POLIZZA

SPESE OSPEDALIERE	
Garanzie principali	Massimali - Limiti - Franchigie e 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	€ 200.000
Ricovero in Istituto di cura senza Intervento chirurgico	<u>In rete:</u> Franchigia € 400
Ricovero in Istituto di cura con Intervento chirurgico	<u>Fuori rete:</u> Scoperto 15% minimo € 300 massimo € 2.600
Intervento chirurgico ambulatoriale Day hospital	<u>Forma mista:</u> Franchigia € 400 per la struttura convenzionata Scoperto 15% minimo € 300 e massimo € 2.600 per medici e personale non convenzionati
Intervento chirurgico ambulatoriale Day hospital	Franchigia € 150
Ricovero per reazione astenica depressiva	90 giorni l'anno Massimo € 71 al giorno
Ricovero per cura psicosi	Scoperto 60%
Trapianto di organi	Compreso prelievo sul donatore
Interventi laser occhi	Previsti alle condizioni delle spese per intervento e <u>solo</u> se dovuti ai seguenti difetti: 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 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%
Rette di degenza	<u>In rete e forma mista:</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 / 100 giorni <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
Parto cesareo (v. anche Pacchetto maternità)	Come intervento
Cura dell'alopecia femminile (anche extra ricovero)	Scoperto 70% Per protesi massimo € 500
Rimpatrio della salma dall'estero	€ 3.500

Indennità giornaliera da ricovero avvalendosi del SSN (diaria sostitutiva per giorno con correlato pernottamento, salvo quanto previsto per day hospital)	<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 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>
SPESE EXTRAOSPEDALIERE	
Garanzie principali	Massimali - Limiti - Franchigie e Scoperti
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 - Cure eseguite dal podologo Sono ricomprese le cure termali (previste anche nell'ambito delle spese post ricovero alle condizioni previste nella sezione SPESE OSPEDALIERE)	<p>€ 3.500 aumentati a € 5.000 per persone disabili</p> <p>In rete: Scoperto 10% Fuori rete: Scoperto 30%</p> <p>Scoperto 60% per la cura delle psicosi</p> <p>Sia in rete che fuori rete minimo € 18</p> <p>Ticket sanitari: rimborso 100%</p>
Visite specialistiche (psicologo-psicoterapeuta-psichiatra)	€ 1.000 annui per assicurati con figli disabili Scoperto 50%
Dislessia e sindromi collegate	€ 1.000 annuo/nucleo per psicopedagoga (età inferiore a 17 anni)
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 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 per 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
Parodontopatie	€ 3.500 per anno assicurativo € 8.000 per ciclo di cura Scoperto 70% minimo € 155
Spese per cure come da nomenclatore (v. tabella successiva)	€ 5.000 per anno assicurativo Massimali e limiti come da tabella successiva
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 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	
Limitazione della garanzia per le persone di età pari o superiore ai 75 anni	
L'Assicurazione nei confronti delle persone che abbiano già compiuto o compiano nel corso del Contratto di assicurazione i 75 anni di età viene prestata con l'applicazione di uno Scoperto del 15%. Tale Scoperto si intende aumentato al 25% qualora le persone assicurate abbiano già compiuto o compiano gli 80 anni di età.	

TABELLA SPESE CURE DENTARIE

Tipo di prestazione	Accesso alle prestazioni per persona	Tariffa
Rx endorale (per 2 elementi)	Una volta l'anno	€ 16
Ortopantomografia	Due volte l'anno	€ 35
Levigatura e courettage gengivale (per 4 elementi)	Due prestazioni ogni 12 mesi	€ 40
Estrazione di dente o radice	Una volta l'anno	€ 80
Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	Una volta l'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 indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente (compreso eventuale incappucciamento della polpa)	Una volta l'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 l'anno comprovata da rx	€ 130
Terapia endodontica a due canali compresa otturazione dei canali e ricostruzione coronale e relative endorali	Una volta l'anno comprovata da rx	€ 170
Terapia endodontica a tre o quattro canali compresa otturazione dei canali e ricostruzione coronale e relative endorali	Una volta l'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

Erogazione delle prestazioni tramite procedura di Presa in carico diretta

Qualora l'Assicurato decida di usufruire della procedura di Presa in carico diretta e quindi di avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, prima di accedere alla stessa deve chiedere autorizzazione alla Centrale Operativa (Struttura Organizzativa), con un preavviso di almeno due giorni lavorativi prima della data del Ricovero o della prestazione medica, salvo casi d'urgenza dimostrabile.

L'Assicurato può contattare la Centrale Operativa (Struttura Organizzativa):

- H24 via web dalla propria area riservata accessibile con le credenziali personali all'indirizzo <https://app.myassistance.eu>, le credenziali verranno recapitate mediante lettera personale presso il domicilio dell'assicurato.
- H24 via mail inviando una mail all'indirizzo dedicato: sinistri.ubi@myassistance.it
- H24 mediante l'app per smartphone MyAssistance scaricabile dagli store
- telefonando dall'Italia al numero verde 800.777.701 o dall'estero o da cellulare al numero nero +39.02303500777 attivo dal lunedì al venerdì (feriali) dalle 8.30 alle 18.00

Un liquidatore della Centrale Operativa (Struttura Organizzativa) oltre al medico di centrale, verificata l'ammissibilità della richiesta, provvederà a prenotare, ove richiesto, e ad autorizzare la struttura convenzionata ad erogare le prestazioni concordate, dandone conferma all'Assicurato via mail e/o telefono.

La preventiva attivazione della Centrale Operativa (Struttura Organizzativa) e la successiva conferma dell'erogazione delle prestazioni sono condizioni essenziali per l'operatività della procedura di Presa in carico diretta, in mancanza delle quali il servizio non sarà operante.

Al momento dell'accesso alla struttura convenzionata l'Assicurato dovrà sottoscrivere il modulo di autorizzazione della procedura di Presa in carico diretta, che costituirà anche la prima denuncia del Sinistro.

La Compagnia, a prestazione erogata, paga direttamente le spese alla struttura convenzionata, ferma l'applicazione di eventuali Scoperti o Franchigie che dovranno essere versati dall'Assicurato alla struttura all'atto della dimissione dall'Istituto di cura o al termine della prestazione. L'Assicurato dovrà anche provvedere al pagamento delle spese per prestazioni non indennizzabili a termini di Polizza nonché al versamento di eventuali importi eccedenti i Massimali assicurati.

L'elenco delle strutture è consultabile H24 dall'Assicurato sul sito www.myassistance.it o via web dalla propria area riservata, o via app, oppure telefonando alla Centrale Operativa (Struttura Organizzativa) al numero verde 800.777.701 (da rete fissa Italia) o al numero nero +39.02303500777 (da estero o cellulare) dal lunedì al venerdì (feriali) dalle 8.30 alle 18.00.