



Care colleghe e cari colleghi, siamo lieti di informarvi che UniCA ha rinnovato i Piani Sanitari per il biennio 2016/2017, confermando quale Provider Previmedical e come assicuratore RMB Salute.

Sono state confermate tutte le prestazioni previste dal piano precedente ed, anzi, sono state introdotte nuove ed importanti migliorie, senza aggravio di costi per gli assistiti.

In particolare:

- la possibilità di utilizzare le cliniche TOP a prescindere dalla polizza sottoscritta (prima tale tipologia di cliniche era riservata ai soli possessori della polizza extra);
- il rimborso dell'implantologia dentaria (nella misura del 60%);
- la concessione di un contributo dell'importo di Euro 1.000,00 annuo (per un massimo di 5 anni) per tutte le famiglie con figli affetti dalla Sindrome di Down.

Questi sono solo alcuni esempi delle migliorie introdotte. Sul Portale o sul sito di UniCA potete trovare il prospetto dei Piani Sanitari dove le prestazioni vengono elencate in modo dettagliato.

**Dal giorno 20 gennaio e sino al 10 febbraio sarà possibile inserire le nuove adesioni dal Portale.**

Qui di seguito elenchiamo i costi delle singole polizze e degli upgrade, ed inoltre i costi delle polizze odontoiatriche nelle diverse fattispecie.



Assistenza sanitaria integrativa per il personale del Gruppo Unicredit  
Piano Sanitario 2016-2017



### COSTO SU BASE ANNUA DEL PIANO SANITARIO RISERVATO AL PERSONALE IN SERVIZIO

OPZIONE	TITOLARE			FAMILIARI INCLUDIBILI					
	Dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico (coniuge e figli) (2)			FASCE DI ETÀ FAMILIARI	Coniuge, anche separato, non fiscalmente a carico oppure convivente more uxorio risultante dallo Stato di Famiglia (4)	Figlio convivente non fiscalmente a carico, risultante dallo Stato di Famiglia (4)	Altro familiare convivente, risultante dallo Stato di Famiglia (4)	Genitore ultrasessantenne non convivente con limite di reddito di € 26.000 annuo/procapite (5)	Figlio non ultra 35enne, non convivente, non fiscalmente a carico e con limite reddito €26.000 € annuo/procapite, non coniugato o non convivente more uxorio (5)
STANDARD	Opzione polizza attribuita in base all'inquadramento (o banding per i dirigenti), con onere a carico Azienda (1)	Upgrade a Opzione PLUS	Upgrade a Opzione EXTRA3	fino a 60 anni	€ 407	€ 349	€ 791		€ 650
				da 61 a 65 anni	€ 415		€ 806	€ 1.050	
				da 66 fino a 85 anni (3)	€ 423		€ 822	€ 1.070	
PLUS	destinatari: Quadri Direttivi 1° e 2° liv.	€ 316	€ 930	fino a 60 anni	€ 523	€ 489	€ 1.041		€ 900
				da 61 a 65 anni	€ 533		€ 1.062	€ 1.388	
				da 66 fino a 85 anni (3)	€ 544		€ 1.082	€ 1.415	
EXTRA3	destinatari: Dirigenti			fino a 60 anni	€ 698	€ 582	€ 1.129		€ 1.300
				da 61 a 65 anni	€ 712		€ 1.151	€ 1.483	
				da 66 fino a 85 anni (3)	€ 725		€ 1.173	€ 1.511	

(1) Le coperture saranno assegnate sulla base dell'inquadramento o, per la dirigenza, del banding in essere all'atto dell'elaborazione degli stipendi di gennaio 2016. Eventuali modifiche successive all'elaborazione degli stipendi di gennaio 2016, di inquadramento o per la dirigenza di banding, effettuate con decorrenza 1.1.2016 o successiva, avranno effetto sulle coperture dell'anno 2017.

(2) Per determinare il carico/non carico fiscale dei familiari iscritti in copertura si deve tener conto della situazione risultante in base al diritto alle detrazioni per carichi di famiglia dell'anno precedente quello di riferimento (anno di validità della polizza). La situazione di carico familiare dovrà, a richiesta, essere comprovata attraverso la dichiarazione dei redditi.

(3) Non sono includibili coloro che al 31/12/2015 abbiano già compiuto 85 anni di età

(4) Il familiare deve risultare sullo Stato di Famiglia al 1° gennaio 2016 (per variazioni successive consultare il "prospetto inserimenti e revoche")

(5) Per verificare il limite di reddito occorre tener conto del reddito complessivo risultante dalla dichiarazione dei redditi dell'anno precedente quello di riferimento (validità della polizza)

Assistenza sanitaria integrativa per il personale del Gruppo Unicredit  
Piano Sanitario 2016-2017



### COSTO SU BASE ANNUA DEL PIANO SANITARIO RISERVATO AL PERSONALE IN QUIESCENZA

OPZIONE	FASCE DI ETÀ	TITOLARE		FAMILIARI INCLUDIBILI			
		Ex dipendente/superstite e nucleo familiare (coniuge e figli) <u>fiscalmente a carico</u> (2)	Coniuge, anche separato (o convivente more uxorio) risultante dallo Stato di Famiglia <u>non fiscalmente a carico</u> (4)	Figlio convivente <u>non fiscalmente a carico</u> , risultante dallo Stato di Famiglia (1) (4)	Altro familiare convivente, risultante dallo Stato di Famiglia, sino al raggiungimento dei 65 anni (1) (4)	Figlio non ultra 35enne, non convivente, non fiscalmente a carico e con limite reddito €26.000 €, non coniugato o non convivente more uxorio (5)	
BASE p	fino a 60 anni	€ 641	€ 525	€ 385		€ 641	
	da 61 a 65 anni	€ 653	€ 535	€ 392			
	da 66 fino a 85 anni (3)	€ 727	€ 596	€ 437			
BASE+ p	fino a 60 anni	€ 960	€ 871	€ 704		€ 960	
	da 61 a 65 anni	€ 978	€ 887	€ 718			
	da 66 fino a 85 anni (3)	€ 1.091	€ 990	€ 800			
STANDARD p	fino a 60 anni	€ 1.240	€ 1.109	€ 848		€ 1.240	
	da 61 a 65 anni	€ 1.262	€ 1.130	€ 864			
	da 66 fino a 85 anni (3)	€ 1.431	€ 1.280	€ 979			
PLUS p	fino a 60 anni	€ 1.892	€ 1.435	€ 1.227		€ 1.892	
	da 61 a 65 anni	€ 1.927	€ 1.462	€ 1.250			
	da 66 fino a 85 anni (3)	€ 2.184	€ 1.656	€ 1.417			
EXTRA p	fino a 60 anni	€ 2.416	€ 1.538	€ 1.255	€ 1.538	€ 2.416	
	da 61 a 65 anni	€ 2.840	€ 1.567	€ 1.279	€ 1.567		
	da 66 fino a 85 anni (3)	€ 3.450	€ 1.746				

(1) Gli "altri familiari" sono previsti nella sola Opzione "EXTRA p"

(2) Per determinare il carico/non carico fiscale dei familiari iscritti in copertura si deve tener conto della situazione risultante in base al diritto alle detrazioni per carichi di famiglia dell'anno precedente quello di riferimento (anno di validità della polizza). La situazione di carico familiare dovrà, a richiesta, essere comprovata attraverso la dichiarazione dei redditi.

(3) Non sono includibili coloro che al 31/12/2015 abbiano già compiuto 85 anni di età

(4) Il familiare deve risultare sullo Stato di Famiglia al 1° gennaio 2016 (per variazioni successive consultare il "prospetto inserimenti e revoche")

(5) Per verificare il limite di reddito occorre tener conto del reddito complessivo risultante dalla dichiarazione dei redditi dell'anno precedente quello di riferimento (validità della polizza)



## COPERTURE DENTARIE 2016-2017

Per il periodo 2016-2017 la polizza collettiva denti e l'eventuale estensione al nucleo assicurato avranno la seguente articolazione:

**1° esercizio:** 1.2.2016-31.1.2017 (n base all'Accordo sindacale 8.10.2015, UniCredit ha assunto a proprio carico un onere di € 88,70 pro-capite per la copertura collettiva dentaria relativa a detto periodo, per Aree Professionali e Quadri Direttivi)

**2° esercizio:** 1.2.2017-31.12.2017 (i costi del 2017 saranno riproporzionati).

- 1) Scala parametrica relativa al costo della polizza collettiva denti Titolare

Inquadramento	1° esercizio	2° esercizio
QD4	€ 208,78	€ 191,38
QD3	€ 176,85	€ 162,11
QD2	€ 157,87	€ 144,71
QD1	€ 148,51	€ 136,13
A3L4	€ 130,25	€ 119,40
A3L3	€ 121,15	€ 111,05
A3L2	€ 114,32	€ 104,79
A3L1	€ 108,38	€ 99,35
A2L3	€ 101,82	€ 93,34
A2L2	€ 97,90	€ 89,74
A2L1	€ 95,25	€ 87,31
A1GN	€ 91,08	€ 83,49
A1	€ 88,70	€ 81,31

Dirigenti	€ 265,86	€ 243,71
-----------	----------	----------

- 2) Costo per estensione polizza collettiva denti Titolare all'intero nucleo familiare assicurato con la polizza non odontoiatrica

	1° esercizio	2° esercizio
Estensione al Nucleo	€ 500,00	€ 458,33

- 3) Costo per sottoscrizione copertura COMPLETA da parte di Quadri Direttivi ed Aree Professionali: € 750,00= annui/nucleo. Copre, oltre al Titolare, il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli fiscalmente a carico, purché assicurati con la polizza non odontoiatrica (la copertura avrà durata biennale con decorrenza 1.1.2016 e scadenza 31.12.2017).

L'operatività dell'estensione al nucleo della copertura collettiva denti (punto 2) e della copertura COMPLETA sottoscritta da Aree/QD (punto 3) è subordinata al conseguimento di un minimo del 5% di adesioni degli aventi diritto.



COLLETTIVA DENTI: TITOLARE		
1° esercizio: 1.2.2016 - 31.01.2017		
2° esercizio: 1.2.2017 - 31.12.2017		
CATEGORIA	% RIMBORSO IN NETWORK	% RIMBORSO FUORI NETWORK
Visite*	100%	80%
Igiene orale*	100%	80%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Paradontologia	100%	80%
Endodonzia	80%	60%
Protesi	0% Accesso al tariffario	0%
Ortognatodonzia	0% Accesso al tariffario	0%
Implantologia (sottomassimale specifico fuori Rete di € 500)	60%	40%
Massimale annuo testa	€ 1.000 (per il solo dipendente)	
	*1 Visita ed Ablazione/anno	

- Per il personale in servizio la polizza è obbligatoria.
- Per il personale equiparato (personale già cessato dal servizio alla data del 1.1.2016 con accesso al Fondo Solidarietà di settore, quello cessato ai sensi dell'art. 6 Accordo 15.9.2012/Art. 7 Accordo 28.6.2014 cd. "Opzione Donna") la polizza è opzionale al costo di 150,00 euro in ragione d'anno.

COLLETTIVA DENTI: ESTENSIONE AL NUCLEO FAMILIARE ASSICURATO		
1° esercizio: 1.2.2016 - 31.01.2017		
2° esercizio: 1.2.2017 - 31.12.2017		
CATEGORIA	% RIMBORSO IN NETWORK	% RIMBORSO FUORI NETWORK
Visite*	100%	80%
Igiene orale*	100%	80%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Paradontologia	100%	80%
Endodonzia	80%	60%
Protesi	0% Accesso al tariffario	0%
Ortognatodonzia	0% Accesso al tariffario	0%
Implantologia (sottomassimale specifico fuori Rete di € 500)	60%	40%
Massimale annuo nucleo	€ 1.500 (per il dipendente e il nucleo assicurato con la polizza non odontoiatrica)	
	*1 Visita ed Ablazione/anno per testa	



COPERTURA "COMPLETA" a pagamento per QD e Aree Professionali 1° esercizio: 1.1.2016 - 31.12.2016 / 2° esercizio: 1.1.2017 - 31.12.2017		
CATEGORIA	% RIMBORSO IN NETWORK	% RIMBORSO FUORI NETWORK
Visite*	100%	80%
Igiene orale*	100%	80%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Paradontologia	100%	80%
Endodonzia	80%	60%
Protesi	60%	40%
Ortognatodonzia	60%	40%
Implantologia (sottomassimale specifico fuori Rete di € 500)	60%	40%
Massimale annuo nucleo	1.	Senza estensione della collettiva denti al nucleo assicurato - Massimale <b>complessivo di € 2.500</b> così spendibile: a. Dipendente: <b>€ 2.500</b> b. Coniuge o convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, purché assicurati con la polizza non odontoiatrica: <b>€ 1.500</b>
	1.	Con estensione della collettiva denti al nucleo assicurato - Massimale <b>complessivo di € 3.000</b> così spendibile: a. Dipendente: <b>€ 3.000</b> di cui € 500 alle condizioni della Collettiva Denti Obbligatoria b. Coniuge o convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, purché assicurati con la polizza non odontoiatrica: <b>€ 3.000</b> di cui € 1.500 a condizioni della Collettiva Denti Obbligatoria c. altri eventuali familiari assicurati con la polizza non odontoiatrica: <b>€ 1.500</b> a condizioni della Collettiva Denti Obbligatoria
*1 Visita ed Ablazione/anno per testa		



**GESTIONE PERIODO TRANSITORIO PIANO SANITARIO 2016-2017**

**Autorizzazione alla prestazione in forma diretta per Titolari e i componenti il nucleo già assicurato nel 2015 <sup>1</sup>**

RICHIESTA DI  PREATTIVAZIONE  PRENOTAZIONE  
**PRESTAZIONE DI RICOVERO IN RETE CONVENZIONATA**  
 (con o senza intervento chirurgico, anche in day hospital, anche ambulatoriali, o per parto)

**Attenzione:** leggere l'informativa relativa al D. Lgs. 196/2003 sul retro ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili. In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

Il presente modulo, interamente compilato e sottoscritto, va inoltrato a:

- mezzo fax al numero 0422 1744 524 oppure 0422 1744 526
- mezzo mail a [dirette.unica@previmedical.it](mailto:dirette.unica@previmedical.it) specificando in oggetto: richiesta di prenotazione/preattivazione 2016

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA	
Cognome _____	Nome _____
Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____	
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Codice Fiscale _____
Tel _____ Cell _____ E-mail _____	
CATEGORIA: PERSONALE IN SERVIZIO <input type="checkbox"/> PERSONALE IN ESODO ANTICIPATO <input type="checkbox"/> PERSONALE IN QUIESCENZA/FONDO SOCIALE <input type="checkbox"/>	
Il sottoscritto, , dichiara sotto la propria responsabilità:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• di aver preso visione dell'Informativa Piano Sanitario 2016-2017 pubblicata sul sito .....</li> <li>• di aver preso atto degli eventuali costi a proprio carico</li> <li>• di impegnarsi a sottoscrivere per l'anno 2016 la seguente polizza del Piano Sanitario 2016 – 2017 e a non modificare la scelta ivi effettuata, fatta salva l'ipotesi di adesione ad opzione di livello superiore ("upgrade")</li> <li>• di essere consapevole che la presente richiesta, in assenza di sottoscrizione dell'offerta di adesione, rappresenta in ogni caso vincolo di iscrizione per se stesso, in qualità di titolare e dell'eventuale familiare per cui chiede la prestazione di ricovero, al Piano Sanitario 2016-2017 all'opzione indicata</li> <li>• che il familiare per cui richiede la prestazione di ricovero in rete convenzionata possiede i requisiti di inclusione previste dal programma di assistenza 2016 – 2017 predisposto da UniCA</li> </ul>	
BASE(solo per il personale in quiescenza) <input type="checkbox"/> BASE + (solo per il personale in quiescenza) <input type="checkbox"/> STANDARD <input type="checkbox"/> PLUS <input type="checkbox"/> EXTRA <input type="checkbox"/>	
FIRMA DEL TITOLARE _____	
FIRMA DEL TITOLARE PER PRESA VISIONE DEL PROSPETTO _____	
PREZZI DELLA COPERTURA (per titolare in quiescenza/familiari a pagamento) _____	

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO (colui che deve fruire della prestazione sanitaria diretta, SE DIVERSO DAL TITOLARE)	
Cognome _____	Nome _____
Luogo di nascita _____ data di nascita _____ Codice Fiscale _____	
PARENTELA CON IL TITOLARE _____	

<sup>1</sup> semprechè permangano le condizioni di iscrivibilità nel 2016



**PRESTAZIONI DI RICOVERO:**

RICOV. CON INTERV.  RICOV. SENZA INTERV.  DAY HOSPITAL CON INTERV.  DAY HOSPITAL SENZA INTERV.   
 INTERV. AMBULATORIALE  PARTO SPONTANEO  PARTO CESAREO

NOMINATIVO DEL CHIRURGO/MEDICO \_\_\_\_\_

Attenzione: perché il servizio di pagamento in forma convenzionata possa essere erogato, è necessario che sia la Struttura Sanitaria sia l'equipe medica e chirurgo abbiano aderito alla Convenzione ed accettato le relative condizioni economiche. In caso contrario, tutte le spese rimarranno a carico dell'assistito che procederà successivamente alla richiesta di rimborso in forma indiretta.

Si ricorda che per le prestazioni di ricovero è **obbligatorio** inviare, unitamente al presente modulo, il certificato medico indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta, a mezzo fax o tramite e-mail, almeno 48 ore lavorative prima della data prevista per la prestazione.

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA SCELTA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

Per la PREATTIVAZIONE: Indicare la DATA e l'ORA in cui ha prenotato il Ricovero \_\_\_\_\_

Per la richiesta di PRENOTAZIONE: Indicare PERIODO UTILE DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

GG. NON DISPONIBILI \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dati personali – D.Lgs. 196/2003**

Con la sottoscrizione della presente, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, il Titolare del Piano di Assistenza e/o il familiare per cui si chiede il rimborso, in qualità di Interessato dal trattamento, autorizza Cassa Uni.C.A., in qualità di Titolare del Trattamento dei Dati, al trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini richiesti dall'Interessato nonché alle successive attività inerenti la richiesta di rimborso spese sanitarie stessa. In mancanza di autorizzazione dell'Interessato, le attività affidate non potranno essere espletate. In caso di autorizzazione, all'Interessato sono garantiti tutti i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.Lgs. n. 196/2003. Tutti i dati personali e sensibili sono pertanto conservati e trattati in ossequio alla normativa vigente (D.Lgs. 196/2003), attraverso strumenti informatici tali da garantire la sicurezza e la riservatezza delle informazioni. Cassa Uni.C.A. si può rivolgere a Società esterne per l'esercizio di alcune delle attività su indicate, trasferendo a queste i suddetti dati sempre in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge. L'elenco di tali Società è disponibile presso la sede di Cassa Uni.C.A., nonché sul sito internet [www.unica.previmedical.it](http://www.unica.previmedical.it) e la sua consultazione è libera e permessa in qualunque momento. Tali Società utilizzeranno i dati personali e sensibili in qualità di Responsabili del Trattamento garantendone la riservatezza ed un'adeguata conservazione. Gli Interessati possono accedere liberamente alle informazioni che li riguardano e possono chiedere di conoscere le fonti nonché la logica e le finalità per le quali si acconsente al loro trattamento; inoltre possono richiedere la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati ovvero di opporsi al trattamento degli stessi. Ulteriori informazioni potranno essere richieste al Titolare del Trattamento Cassa Uni.C.A., UniCredit Cassa di Assistenza per il Personale del Gruppo UniCredit, con sede in Via Nizza 150, CAP 10126 - TORINO. Letta l'informativa relativa al trasferimento della documentazione elencata e alla comunicazione dei dati necessari alla richiesta di prestazioni sanitarie, se ne autorizza il trattamento esclusivamente ai fini su indicati.

DATA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_ FIRMA PER CONSENSO \_\_\_\_\_



***Assistenza sanitaria integrativa per il personale del Gruppo UniCredit  
Programmi 2016-2017***

**Condizioni polizza “Denti Treviso”  
riservata al solo personale proveniente da CassaMarca (1)**

**Costo annuo per nucleo familiare, già inserito nella copertura base di Uni.C.A.:  
€ 1.132,75**

**(1) Adesione biennale 1/1/2016-31/12/2017**

L'assicurazione è prestata a favore del personale in servizio ed in quiescenza assicurato ad Uni.C.A. per il Piano sanitario 2016-2017 e già aderente nel 2015 alla polizza Treviso.

L'assicurazione è prestata automaticamente a favore dell'intero nucleo familiare assicurato ad Uni.C.A. secondo le previsioni di polizza..