

POLIZZA SANITARIA 2019

Con la Circolare di Gruppo n. 575/2018 sono state fornite le istruzioni, valide per il 2019, relative alla **copertura sanitaria di tipo assicurativo** (Società Cattolica) per i dipendenti del Gruppo UBI, estesa a partire dal 1° gennaio ai colleghi provenienti dalla ex **Banca Tirrenica**, ex **Banca Federico del Vecchio**, ex **Etruria Informatica** ed ex **Banca Teatina**.

In particolare il **28 gennaio 2019** ha preso avvio la campagna di **adesione o variazione dei familiari** che possono beneficiare della copertura. Il **termine** entro cui sarà possibile effettuare eventuali variazioni è fissato nel **28 febbraio**.

Con questa nota forniamo alcune indicazioni utili (tra cui il **riepilogo dei familiari assicurabili**, i relativi **costi e la sintesi delle prestazioni**) rinviando alla Circolare aziendale per maggiori approfondimenti.

* esclusi i colleghi associati al Fondo Assistenza di Società del Gruppo UBI e gli aderenti all'Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa ai Lavoratori della Banca delle Marche per i quali restano valide le coperture già esistenti



MODALITÀ DI RINNOVO DELLA COPERTURA

La copertura è automaticamente riconosciuta:

- a coloro che nel 2018 già si avvalevano della polizza sanitaria stipulata con la Società Cattolica, nonché ai familiari a cui era stata estesa,
- ai dipendenti provenienti dalla ex Banca Tirrenica, ex Banca Federico del Vecchio, ex Etruria Informatica ed ex Banca Teatina (i quali entro il termine del **18 gennaio** hanno avuto la possibilità di rinunciarvi).

Dal **28 gennaio** e fino al **28 febbraio 2019** è aperta la **campagna di adesione/variazione dei familiari** da iscrivere/iscritti alla copertura sanitaria, che riguarda:

- coloro che nel 2018 già si avvalevano della polizza sanitaria Cattolica (per i soli casi di variazioni),
- **i colleghi provenienti dalle Bridge Banks citate che intendano estendere la copertura ai familiari.**

Successivamente al 28.02.2019 sarà invece possibile far rientrare nella copertura sanitaria esclusivamente il coniuge a seguito di matrimonio contratto nel corso dell'anno, il convivente more uxorio e i figli nati sempre nel corso del medesimo anno con decorrenza dalla data dell'evento.

Entro il 28 febbraio (con esclusione dei colleghi che provengono dalle Bridge Banks, per i quali il termine per la rinuncia è scaduto il 18 gennaio 2019) è possibile **rinunciare alla polizza** con decorrenza 01.01.2019.

L'estensione della copertura sanitaria a un familiare è possibile dopo che lo stesso è stato censito, accedendo al Portale Risorse Umane - Gestione Amministrativa - Gestione Dati Dipendente - sezione "Dati familiari".

Successivamente al censimento, il campo "Conferma Iscrizione Polizza" (nel Portale Risorse Umane - Piano Sanitario) andrà valorizzato con "Sì".

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.**

DETRAIBILITÀ SPESE SANITARIE SOSTENUTE

Non è possibile detrarre (in sede di dichiarazione annuale dei redditi) l'intero ammontare delle spese sanitarie sostenute nell'anno di riferimento se rimborsate dall'Assicurazione, bensì solo la differenza tra la spesa sostenuta e quanto effettivamente liquidato dalla Compagnia.

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-adoztivo 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 <u>Fuori rete:</u> Scoperto 15% minimo € 300 massimo € 2.600
Ricovero in Istituto di cura con Intervento chirurgico	<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