



speciale

UNI.C.A.

UniCredit
Cassa
Assistenza



UNI.C.A.

UniCredit

Cassa Assistenza

REGOLE DA OSSERVARE PER EVITARE CONTESTAZIONI

Le principali ragioni per cui vengono respinte le richieste di rimborso normalmente sono:

- 1) Prestazioni non prevista nel piano prescelto
- 2) Massimale esaurito;
- 3) Patologia non indicata
- 4) Richieste procedurali errate.

Accortezze da tener sempre presente:

1. UNI.C.A. copre le nostre malattie tramite una polizza assicurativa pertanto le spese inerenti ricoveri, accertamenti e visite sono liquidabili solo in caso di riconosciuto stato patologico (malattia) o infortunio.

I CONTROLLI PREVENTIVI O DI ROUTINE ANCHE SE PRESCRITTI DAL MEDICO NON SONO INDENNIZZABILI IN QUANTO LE NOSTRE COPERTURE SANITARIE NON PREVEDONO TALE FATTISPECIE.

La gravidanza e/o la menopausa NON sono riconosciute come malattie: pertanto non vengono mai liquidate né visite ginecologiche, né ecografie -di controllo.

- 2) E' importante recarsi sempre dal medico di base il quale deve prescrivere quanto di cui abbiamo bisogno indicando la patologia o quantomeno scrivendo "per sospetta patologia". Se non ci si reca dal Medico di Base, anche lo Specialista deve sempre indicare la patologia sia per le sue visite che per la diagnostica che prescrive.
- 3) UNI.C.A. attraverso i Providers, fornisce a tutti noi, una rete convenzionata che se attivata ci permette di abbattere gran parte delle franchigie a nostro carico (l'elenco delle strutture convenzionate, Case di Cura, Centri Diagnostici e Specialisti è visionabile dal sito del proprio Provider attraverso il portale). E' sempre ovviamente possibile utilizzare medici e strutture private (cio' comporta un maggior onere a

proprio carico, come da previsioni espresse in polizza

- 4) UNI.C.A. provvede ad informare agli assistiti attraverso la pubblicazione sul Portale di tutte le comunicazioni inerenti l'attività assistenziale. Dal mese di novembre è stato attivato un Portlet dedicato che consentirà una informativa migliore a tutti gli assistiti.
- 5) I ticket del S S N sono rimborsabili, se effettuati per prestazioni previste dal piano scelto (la spesa rientra nel massimale previsto per il singolo tipo di prestazione).
- 6) Il rappresentante FABI sia in Consiglio di Amministrazione che nel Comitato Esecutivo è il collega Ado Dalla Villa il cui indirizzo e-mail è: Ado.DallaVilla@unicreditgroup.eu cell [348 9383 258](tel:3489383258) a cui potete rivolgervi per chiarimenti su casistiche particolari e per segnalazioni di disservizi.

Le principali coperture e quelle aggiuntive

Sono stati previsti tre piani sanitari principali ai quali i Dipendenti destinatari potranno accedere **senza alcun esborso** per la propria copertura e per quella del rispettivo nucleo familiare fiscalmente a carico (coniuge e/o figlio/i), essendo il relativo costo di adesione coperto dal contributo versato dalle Aziende:

- **NUOVA STANDARD**, rivolta al Personale appartenente alle Aree Professionali ed ai QD1 e QD2;
- **OPZIONE PLUS**, rivolta ai QD3 e QD4;
- **NUOVA EXTRA**, rivolta ai Dirigenti.

Completano il piano alcune coperture aggiuntive a pagamento:

- **COPERTURA OPZIONALE CURE DENTARIE**, riservata al Personale proveniente dal Gruppo Unicredit - vecchio perimetro;
- **OPZIONI BASE EX CAPITALIA**, riservate alle Aree Professionali ed ai Quadri Direttivi provenienti dal Gruppo Capitalia iscritti alla C.A.S.P.I.E.;
- **OPZIONI DIRIGENTI EX CAPITALIA**, riservate ai Dirigenti provenienti dal Gruppo Capitalia Iscritti alla C.A.S.P.I.E.

Tutti gli iscritti ad Uni.C.A. avranno inoltre la facoltà di accedere agli screening a **pagamento** offerti dalla C.A.S.P.I.E., in merito alle quali saranno inoltrate specifiche comunicazioni.

E' data facoltà a ciascun collega di optare per un piano sanitario rivolto al Personale con inquadramento superiore rispetto al proprio, con onere a proprio carico. Non è consentita l'opzione per un piano rivolto al

Personale con inquadramento inferiore rispetto a quello posseduto.

E' altresì data facoltà a ciascun Dipendente di dare copertura a familiari non fiscalmente a carico, anche per coperture superiori: tale copertura è obbligatoria per l'intero triennio 1.1.2009 - 31.12.2011, per gli ex BIPOP 30.6.2009 - 31.12.2011 a condizione che l'inclusione riguardi TUTTI i componenti il nucleo familiare conviventi (in base allo stato di famiglia) **Possono essere esclusi i familiari che abbiano già una copertura sanitaria. E' ammessa estensione al convivente more-uxorio e al coniuge separato. La scelta del piano avrà validità per il triennio 1.1.2009 - 31.12.2011. e sarà irrevocabile.**

Per gli ex BIPOP la scelta decorrerà dal 30.6.2009 e fino al 31.12.2011.

La rinuncia all'assistenza sanitaria prevede la perdita del contributo aziendale.

Per il contenuto dei piani e per tutte le ulteriori informazioni riguardanti l'assistenza, vi invitiamo ad utilizzare il portale aziendale seguendo il seguente percorso:

MY HR >> AGEVOLAZIONI >> ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Anche per l'anno in corso saranno varate per tutti gli iscritti alla Cassa, in possesso dei requisiti previsti, iniziative di prevenzione sanitaria studiate dal Comitato Scientifico di UniCa. La relativa comunicazione avverrà successivamente alla delibera del Consiglio di Amministrazione della Cassa stessa. Ricordiamo che per tali iniziative l'onere relativo è a totale carico di UNI.C.A.

LE MODALITA' DA SEGUIRE PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO

Nel Portale è possibile reperire tutta la modulistica, il modulo di richiesta di rimborso contiene già i dati anagrafici del Titolare e i dati della Polizza. Sono da inserire, invece, le coordinate bancarie, e barrare le caselle relative alla documentazione medica ed alla documentazione di spesa che si allega alla richiesta.

IL modulo con cui richiedere il rimborso reca l'indirizzo del Provider a cui va spedita la documentazione. Allegare sempre la documentazione in originale

trattenendo una copia perché, in caso di smarrimento della pratica originale, è possibile ripresentare domanda allegando le fotocopie dei documenti di spesa. Importante che le domande di rimborso siano indirizzate al proprio Provider. Per l'invio esistono due modalità di invio:

- per posta interna
- tramite raccomandata da inviare alla sede del Provider.

La seconda modalità evita i possibili rischi o smarrimenti tipici della posta interna.

L'intero capitolo delle procedure può subire modifiche pertanto si consiglia di verificarne tempo per tempo le modalità.

PENSIONATI

Ai Pensionati, compresi i familiari superstiti, purché titolari di pensione di reversibilità è data facoltà, **a totale loro carico**, di poter scegliere fra 5 piani di copertura: NUOVA BASE, NUOVA BASE PIU', NUOVA STANDARD, OPZIONE PLUS E NUOVA EXTRA, gli ultimi tre Piani fanno prestazioni identiche a quelle previste per i Dipendenti in servizio ma con costi più elevati (in ragione della maggiore incidenza delle spese sanitarie).

L'informativa, con le condizioni di accesso e la scheda per l'adesione e scelta del piano, verranno inviate a domicilio con lettera raccomandata, a cura di Uni.C.A. Per questo Personale la mancata adesione al programma 2009-2011 comporterà - a termini di Statuto - **l'impossibilità di aderire al programma di assistenza in anni successivi.**

ESODATI

La predetta informativa sarà inviata con lettera raccomandata anche a coloro che, in servizio alla data di pubblicazione della presente informativa, accederanno al pensionamento/fondo di solidarietà di settore a decorrere dall'1.1.2009 i quali, pertanto, non dovranno effettuare alcuna scelta tramite il Portale.

Ricordiamo che i colleghi esodati fintantoché permarranno nel Fondo Esuberi sono equiparati ai colleghi in servizio e pertanto sono applicabili le medesime regole.

Per i colleghi in servizio le informazioni sull'attività sanitaria si renderanno disponibili tempo per tempo sul Portale: inoltre sarà possibile contattare gli Uffici del Personale della propria Azienda e/o i Center Service.

Nei casi di risposte insoddisfacenti ci si potrà rivolgere allo Staff di

UNI.C.A. ai numeri sotto-Indicati.

Lo STAFF di Uni.C.A. a Milano è contattabile, per assistenza ed acquisizione informazioni, ai seguenti recapiti telefonici:

0272605127 – 0272605119 0272605114 – 0272605110

Il servizio agli assistiti

- Personale in servizio, in esodo anticipato ed in quiescenza proveniente dal Gruppo Capitalia (esclusi neo assunti dal 1.1.2008 e personale proveniente dal Gruppo Bipop-Carire già iscritto al Fondo Interno FAP): mantiene il servizio di **CASPIE**
- Personale proveniente da Unicredit vecchio perimetro (e neo assunti presso Società del Gruppo Capitalia dal 1.1.2008):
 - in servizio a fine dicembre 2008 presso Unicredit Banca, Unicredit Banca di Roma, Banco di Sicilia, UCFIN: hanno il servizio da **PREVINET**
 - in servizio a fine dicembre 2008 presso le restanti Società del Gruppo: hanno il servizio da **ASSIRECRE**
 - in esodo anticipato: hanno il servizio da **PREVINET**
 - in quiescenza: hanno il servizio da **ASSIRECRE**
- Personale proveniente dal Gruppo Bipop-Carire già iscritto al Fondo Interno FAP: Se in servizio presso le Banche Retai il Provider è Previnet.
- Se in servizio nelle rimanenti Aziende del Gruppo il Provider è Assirecre.
Il passaggio da un' Azienda ad altra all'interno del Gruppo non comporta cambio di Provider. Il medesimo concetto è applicabile se si modifica lo "status" da servizio in esodo e in quiescenza; mentre passare da esodo in quiescenza, può comportare cambio di Provider.

Completa il quadro dei fornitori di servizio di Uni.C.A. la Società Pronto-Care (soggetto subentrato a Primadent) che segue la copertura opzionale a pagamento delle cure dentarie destinata al personale in servizio ed in quiescenza appartenente ad Unicredit vecchio perimetro.

Il servizio agli assistiti assicurato da C.A.S.P.I.E.

Personale proveniente dal Gruppo Capitalia in continuità con la situazione preesistente (esclusi neo assunti dal 1.1.2008 e personale proveniente dal Gruppo Bipop-Carire, già iscritto al FAP) a prescindere dalla Società del Gruppo nella quale presta attualmente la propria attività lavorativa. Pensionati ed Esodati Capitalia:

- Numero Verde: 800 254 313
- Numero dall'estero: +39 06 422115613
- Indirizzo: C.A.S.P.I.E. Via Due Macelli 73 - 00187 ROMA
- Sito Internet: <http://www.caspie.it>
- Istruzioni per l'accesso ai servizi pubblicate in data 2.2.2009 sul portale Unicredit.

Il ruolo di C.A.S.P.I.E. è molto più ampio di quello di un mero fornitore di servizi: è infatti il soggetto attraverso il quale sono state contratte le coperture assicurative per Uni.C.A.. In tale sua veste, per la popolazione ex Capitalia, eroga i servizi accessori di liquidazione rimborsi e fornitura prestazioni in Rete Convenzionata.

Il servizio agli assistiti assicurato da PREVINET

Personale proveniente dal Gruppo Unicredit vecchio perimetro in servizio presso UnicreditBanca, Unicredit Banca di Roma, Banco di Sicilia, UCFin o in esodo anticipato:

- Numero Verde: 800 901 223
- Numero dall'estero: +39 040 2420023
- Indirizzo: Via Ferretto 1 – 31021 Mogliano Veneto (TV)
- Sito Internet: <http://www.unica.previnet.it>
- dall'ufficio/da casa: <https://portale.unicredit.it> >Home Page>MY HR > agevolazioni per me>unica>previnet
- Istruzioni per l'accesso ai servizi pubblicate in data 2.2.2009 sul portale Unicredit

Il servizio agli assistiti assicurato da ASSIRECRE

Per il rimanente Personale (operante presso altre Società rispetto alle tre Banche Retail/UCFin) proveniente dal Gruppo Unicredit vecchio perimetro e per i Pensionati:

- Numero Verde: 800 916 421
- Numero dall'estero: +39 06 44002255
- Indirizzo: Viale Regina Margherita 278 – 00198 ROMA
- Sito Internet: www.cassaunica.it
- dall'ufficio/da casa: <https://portale.unicredit.it> >Home Page>MY HR >agevolazioni per me>unica>assirecre
- Istruzioni per l'accesso ai servizi pubblicate in data 2.2.2009 sul portale Unicredit.

Campagna Prevenzione 2009/2010

Il C.d.A di UniCa lo scorso 9 ottobre ha deliberato lo stanziamento finalizzato alla campagna di prevenzione, i beneficiari sono tutti i titolari di copertura nonché i coniugi purchè dipendenti (esclusi i dirigenti già beneficiari di altre forme di screening).

La campagna si svilupperà dal 23.11.2009 al 14.12.2009 e dal 11.01.2010 al 30.06.2010.

Le prenotazioni e preattivazioni potranno avvenire sino al 30.04.2010 mentre gli esami si potranno effettuare sino al 30.06.2010.

Quindi la cosa importante è sapere che per prenotare lo screening si ha tempo sino al 30 aprile.

ATTENZIONE

A titolo meramente informativo elenchiamo ciò che era necessario conoscere in merito all'adesione a coperture maggiori con onere a proprio carico

Le modalità erano tre :

Per i Colleghi delle Aree Professionali e QD1 e QD2 che avessero sottoscritto la copertura Opzione PLUS la differenza ammontava a € 250,00 annui

Per i Colleghi delle Aree Professionali e QD1 e QD2 che avessero optato per la copertura Nuova EXTRA la differenza ammontava a € 650,00 annui

- Per i Colleghi QD3 e QD4 che avessero sottoscritto la copertura Nuova EXTRA l'importo aggiuntivo era di € 400,00 annui

I pagamenti dei costi di adesione a carico dei Dipendenti in servizio avverrà attraverso addebito sul cedolino di stipendio di numero 12 rate mensili, con addebito di 36 rate (30 per gli ex Bipop).

1° MODALITA'

Tavole comparative di facile consultazione per avere un riscontro immediato sulle principali differenze la copertura Nuova Standard e la copertura Opzione PLUS.

Ovviamente per avere un riscontro maggiormente dettagliato vi rimandiamo alla lettura integrale del testo di polizza che è reperibile sul sito del Provider dedicato.

Prestazioni	Nuova Standard	Opzione PLUS
Alta Specializzazione e (cure ed alta diagnostica)	Franchigie in rete Anno 2009/2010 € 20 Anno 2011 € 30	NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Accertamenti diagnostica ordinaria	Franchigia in rete Anno 2009/2010 € 20 Anno 2011 € 30	NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Visite Specialistiche	Franchigia in rete Anno 2009/2010 € 20 Anno 2011 € 30	NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE

Diagnostica comparativa	Nessuna Prestazione	Valutazione diagnostica per le più gravi patologie da parte dei maggiori specialisti a livello mondiale con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata. Servizio attivato per: morbo di Alzheimer, aids e cecità, malattie neoplastiche maligne, problemi cardiovascolari, sordità, insufficienza renale, perdita della parola, trapianti degli organi vitali, patologie neuromotorie, sclerosi multipla e paralisi, morbo di Parkinson, ictus e coma. Qualora lo desideri, l'utente può richiedere una visita presso lo specialista che ha valutato il caso.
Lenti	Nessuna prestazione	Prescrizione di Medico Oculista, Ottico Optomestrta ed Ortottico solo a seguito variazione del Visus. Massimale annuo € 300,00 € 120,00 persona/anno per lenti e montature

2° MODALITA'

Tavole comparative per i Colleghi delle Aree Professionali QD1 e QD2 che avessero optato per la copertura Nuova EXTRA con un onere aggiuntivo di € 650,00 annui. indichiamo le sole differenze con la NUOVA STANDARD.

Prestazioni	Nuova Standard	Nuova Extra
Ricoveri con intervento chirurgico	Franchigia in rete € 350,00	NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE

Ricoveri senza intervento chirurgico	Massimale € 150.000,00 Franchigia in rete € 350,00	Massimale € 500.000 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Grandi interventi	Massimale € 300.000,00 Nessuna Franchigia	Massimale € 500.000,00 NESSUNA FRANCHIGIA
Parto Cesareo	Massimale € 6.000,00 Nessuna Franchigia	Massimale € 9.000,00 NESSUNA FRANCHIGIA
Parto Fisiologico	Massimale € 3.000,00 Nessuna Franchigia	Massimale € 6.000,00 NESSUNA FRANCHIGIA
Diaria da ricovero	€ 80 con interv. € 60 senza interv. € 40 day h. / c.i. € 30 day h. / s.i. € 100 per grande intervento massimo 180 gg.	€ 100 con o senza intervento € 50 day hospital con o senza int. € 120 giornalieri per grande interv. Massimo 300 gg.
Day hospital con intervento chirurgico	Massimale € 150.000,00 Franchigia in rete € 350,00	Massimale € 500.000,00 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Day hospital senza intervento chirurgico	Massimale € 150.000,00 Franchigia in rete € 350,00	Massimale € 500.000,00 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Intervento chirurgico ambulatoriale	Massimale € 150.000,00 Franchigia in rete € 250,00	Massimale € 500.000,00 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE

Interventi chirurgici odontoiatrici	Franchigia in rete € 350,00	NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Miopia	Massimale € 150.000,00 Franchigia in rete € 350,00	Massimale € 500.000,00 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Alta Specializzazione (cure ed alta diagnostica)	Massimale € 5.000,00 Franchigia in rete anno 2009/10 € 20,00 anno 2011 € 30,00	Massimale € 7.500,00 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Accertamenti diagnostica ordinaria	Massimale € 3.000,00 Franchigia in rete anno 2009/10 € 20,00 anno 2011 € 30,00	Massimale € 5.500,00 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Cure oncologiche	Massimale € 8.000,00	Massimale € 12.000
Visite specialistiche	Massimale € 3.000,00 Franchigia in rete anno 2009/10 € 20,00 anno 2011 € 30,00	Massimale € 5.500,00 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE

Diagnostica comparativa	Nessuna prestazione	Valutazione diagnostica per le più gravi patologie da parte dei maggiori specialisti a livello mondiale con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata. Servizio attivato per: morbo di Alzheimer, aids e cecità, malattie neoplastiche maligne, problemi cardiovascolari, sordità, insufficienza renale, perdita della parola, trapianti degli organi vitali, patologie neuromotorie, sclerosi multipla e paralisi, morbo di Parkinson, ictus e coma. Qualora lo desidera, l'utente può richiedere una visita presso lo specialista che ha valutato il caso.
Fisioterapia	€ 700 per nucleo familiare	Compreso nel massimale di € 5.500,00 previsto per le Visite specialistiche
Psicoterapia	Nessuna prestazione	Massimale € 1.000,00 Franchigia in rete e fuori rete il 50% del costo sostenuto
Agopuntura	Nessuna prestazione	Compreso nel massimale di € 5.500,00 previsto per le Visite specialistiche Franchigia 20% minimo € 40 per fattura.
Prestazioni aggiuntive	Nessuna prestazione	Spese mediche pediatriche: € 1.500,00 anno/nucleo € 500,00 annuo pro-capite Franchigia 30%
Cure dentarie	Nessuna prestazione	Cure dentarie con esclusione delle ortodontiche: massimale € 300,00 anno (sub massimale di € 1.500,00 Visite aggiuntive / Spese Pediatriche) Franchigia 35%

Lenti	Nessuna prestazione	Prescrizione di Medico Oculista, Ottico, Optometrista ed Ortottico solo a seguito variazione del Visus. Massimale € 400,00 annuo – € 150,00 a persona/annuo per lenti e/o montature.
Cure dentarie da infortunio	€ 4.000,00 per nucleo	€ 7.000,00 per nucleo
Protesi Ortopediche e acustiche	Massimale € 3.000,00 anno/nucleo per spese per acquisto riparazione e sostituzione	Massimale € 3.000,00 anno/nucleo e la copertura vale anche per: presidi ortopedici, cinti erniari, busti ortopedici curativi, protesi oculari, ausili mobilità, ausili udito, ausili fonazione. Sono escluse calzature a plantare, busti estetico/formativi. Franchigia 30% minimo = 50,00 per fattura.
Trasporto sanitario in caso di ricovero	Massimale € 2.000,00 anno/nucleo per ambulanza, accompagnatore	Massimale € 3.000,00
Rimpatrio salma	€ 2.000,00 per evento	€ 3.000,00 per evento.
Ospedalizzazione e domiciliare successiva a grandi interventi	Nessuna prestazione	Assistenza sanitaria a domicilio: massimale € 15.000,00 nucleo entro il massimale per i Ricoveri. Nessuna Franchigia in rete - 10% di Franchigia fuori rete con un minimo di € 1.200,00. Massimo per 50 gg di ricovero.

3° MODALITA'

Tavole di raffronto fra la copertura Opzione Plus e Nuova Extra costo per i colleghi QD3 e QD4 di € 400.00 annui.

Prestazioni	Opzione PLUS	Nuova Extra
Ricoveri con intervento chirurgico	Franchigia in rete € 350,00	NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Ricoveri senza intervento chirurgico	Massimale € 150.000,00 Franchigia in rete € 350,00	Massimale € 500.000 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Grandi interventi	Massimale € 300.000,00 Nessuna Franchigia	Massimale € 500.000,00 NESSUNA FRANCHIGIA
Parto Cesareo	Massimale € 6.000,00 Nessuna Franchigia	Massimale € 9.000,00 NESSUNA FRANCHIGIA
Parto Fisiologico	Massimale € 3.000,00 Nessuna Franchigia	Massimale € 6.000,00 NESSUNA FRANCHIGIA
Diaria da ricovero	€ 80 con interv. € 60 senza int. € 40 day hospital € 30day hospital Medico € 100 per grande intervento massimo 180 gg.	€ 100 con intervento e senza intervento € 50 day hospital (anche Medico) € 120 per grande intervento Massimo 300 gg.
Day hospital con intervento chirurgico	Massimale € 150.000,00 Franchigia in rete € 350,00	Massimale € 500.000,00 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE

Day hospital senza intervento chirurgico	Massimale € 150.000,00 Franchigia in rete € 350,00	Massimale € 500.000,00 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Intervento chirurgico ambulatoriale	Massimale € 150.000,00 Franchigia in rete € 250,00	Massimale € 500.000,00 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Interventi chirurgici odontoiatrici	Franchigia in rete € 350,00	NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Miopia	Massimale € 150.000,00 Franchigia in rete € 350,00	Massimale e 500.000,00 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Alta Specializzazione (cure ed alta diagnostica)	Massimale € 5.000,00 Nessuna Franchigia in rete	Massimale € 7.500,00 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Accertamenti diagnostica ordinaria	Massimale € 3.000,00 Nessuna Franchigia in rete	Massimale € 5.500,00 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Cure oncologiche	Massimale € 8.000,00	Massimale € 12.000
Visite specialistiche	Massimale € 3.000,00 Nessuna Franchigia in rete	Massimale € 5.500,00 NESSUNA FRANCHIGIA IN RETE
Fisioterapia	€ 700 per nucleo familiare	Compreso nel massimale di € 5.500,00 previsto per le Visite specialistiche
Psicoterapia	Nessuna prestazione	Massimale € 1.000,00 Franchigia in rete e fuori rete il 50% del costo sostenutoli

Agopuntura	Nessuna prestazione	Compreso nel massimale di € 5.500,00 previsto per le Visite specialistiche Franchigia 20% minimo € 40 per fattura.
Prestazioni aggiuntive	Nessuna prestazione	Spese mediche pediatriche: € 1.500,00 anno/nucleo € 500,00 annuo pro-capite Franchigia 30%
Cure dentarie	Nessuna prestazione	Cure dentarie con esclusione delle ortodontiche: massimale € 300,00 anno (sub massimale di € 1.500,00 Visite aggiuntive/Spese Pediatriche) Franchigia 35%
Cure dentarie da infortunio	€ 4.000,00 per nucleo	€ 7.000,00 per nucleo
Protesi Ortopediche e acustiche	Massimale € 3.000,00 anno/ nucleo per spese per acquisto riparazione e sostituzione	Massimale € 3.000,00 anno/nucleo e la copertura vale anche per: presidi ortopedici, cinti erniari, busti ortopedici curativi, protesi oculari, ausili mobilità, ausili udito, ausili fonazione. Sono escluse calzature a plantare, busti estetico/formativi. Franchigia 30% minimo € 50,00 per fattura.
Trasporto sanitario in caso di ricovero	Massimale € 2.000,00 anno/ nucleo per ambulanza, accompagnatore	Massimale € 3.000,00
Rimpatrio salma	€ 2.000,00 per evento	€ 3.000,00 per evento.

Ospedalizzazione domiciliare successiva a grandi interventi	Nessuna prestazione	Assistenza sanitaria domiciliare massimale € 15.000,00 per nucleo massimale per i Ricoveri. Nessuna Franchigia in rete Franchigia fuori rete con u di € 1.200,00. massimo per ricovero domicilio: o entro il - 10% di n minimo 50 gg. di
---	---------------------	---

COS'È UNI.C.A.....

Uni.C.A. è un'associazione ai sensi degli art. 36 e segg. del Codice Civile, priva di fini di lucro, che si ispira a principi solidaristici e mutualistici.

Avente come oggetto sociale lo scopo di garantire e gestire, con finalità esclusivamente assistenziali, forme di assistenza sanitaria anche integrative delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale a favore dei propri iscritti per malattia, infortuni e altri eventi che possano richiedere prestazioni di carattere sanitario o assistenziale.

Negli **accordi di integrazione Unicredit/Capitalia** (Protocollo 3 agosto 2007, Accordi di Gruppo del 27/28 settembre 2007, etc.) Uni.C.A. è stata concordemente individuata quale **“veicolo” per le coperture assistenziali a valenza generale per tutta la popolazione con contrattualistica italiana del nuovo Gruppo Unicredit.**

Gli Organismi di Uni.C.A. - natura paritetica

Il **Consiglio di Amministrazione** di Uni.C.A. è formato da 18 componenti

9 sono designati dalle Aziende del Gruppo e coloro che sono in carica attualmente sono:

CEGLIE	ANDREA
NELVA	PATRIZIA
FERRETTI	FABRIZIO
PALUMBO	ENRICO ANDREAS
LOPS	SILVIO
RINELLA	FABRIZIO RODOLFO
RUGGI	PAOLO
SCACCABAROZZI	FRANCO
VILLANI	SERGIO

9 sono eletti dagli Iscritti/Isctte, di cui 8 scelti dai Dipendenti in servizio ed 1 scelto dai Pensionati e attualmente sono:

DALLA VILLA	_ADO (rappresentante FABI)
MUZZI	ROBERTO
BARBATO	ANTONIO
BECCARI	MAURIZIO (consigliere eletto in rappresent. dei pensionati)
CALZATI	LUCIANO
CIMMINO	TOMMASO
MADEO	MERIDA
POMPONIO	NICOLA FELICE
ZECCA	DAVIDE

Il **Comitato Esecutivo** è formato da 8 componenti

4 tra i nominati designati dalle Aziende del Gruppo

4 tra gli eletti dagli Iscritti/Iscritte

attualmente sono :

- MADEO MERIDA
- NELVA PATRIZIA
- DALLA VILLA ADO
- RINELLA FABRIZIO RODOLFO
- MUZZI ROBERTO
- LOPS SILVIO
- POMPONIO NICOLA
- RUGGI PAOLO

Tra i componenti del Comitato Esecutivo sopra elencati devono rientrare il Presidente ed il Vice Presidente.

Il **Presidente ed il Vice Presidente** sono eletti dal C.d.A. di Uni.C.A., per 18 mesi, alternativamente tra i Consiglieri designati dalle Aziende aderenti e quelli eletti in rappresentanza dei Dipendenti Iscritti.

Il **Collegio dei Revisori** è formato da 4 componenti

- 2 designati dalle Aziende del Gruppo
PRATO CARMEN e DAVITE DAVID
- 2 eletti tra gli Iscritti/Iscritte ed attualmente
DI STEFANO GIULIANO e FINI BRUNO

Il modello di servizio di Uni.C.A.: possibili evoluzioni

Uni.C.A. si pone l'ambizioso obiettivo di creare e consolidare nel tempo una solida base statistica per poter valutare se e come modificare, il proprio modello di servizio:

- fornendo prestazioni sanitarie - in tutto o in parte - nella forma dell'auto assicurazione
- gestendo direttamente - in tutto o in parte - il servizio agli assistiti.

Su tali aspetti potranno incidere anche le evoluzioni legislative in materia di assistenza sanitaria integrativa:

- per poter utilizzare le agevolazioni fiscali per gli iscritti, le casse di assistenza

potrebbero essere chiamate in futuro a sostenere spese per prestazioni odontoiatriche e di assistenza alla lungodegenza

- inoltre, le Casse potrebbero essere chiamate ad allinearsi ai modelli di struttura e di servizio disegnato dal Legislatore. Le esigenze sopradescritte hanno determinato e potrebbero ulteriormente determinare un significativo impatto sulla struttura e sul dimensionamento dell'Associazione, nonché sulle coperture erogate agli assistiti.

D.M. sui Fondi Sanitari

In relazione a quanto sopra affermato, recentemente il Ministro Sacconi ha attuato il D.31/03/2008 c.d. legge Turco in materia di Fondi sanitari.

Disposizioni previste:

- *Viene predisposta l'Anagrafe dei Fondi Sanitari integrativi con le relative modalità di iscrizione*
- *Identifica quali prestazioni gli stessi devono erogare e la loro misura minima, pena l'indeducibilità per gli assistiti delle somme versate (limite oggi di 3615,20€)*
- *Le prestazioni identificate consistono in : prestazioni a favore di non autosufficienti, prestazioni riabilitative e odontoiatriche*
- *La misura minima deve corrispondere al 20% delle risorse annue a disposizione.*

Sulla base di questo breve prospetto di sintesi appare evidente che Uni.Ca sarà tenuta ad attuare alcune modifiche in merito alle coperture in essere attualmente.

L'entità di queste variazioni dipenderà in larga misura dalle percentuali di tali prestazioni presenti all'interno delle coperture sanitarie attuali e dalle decisioni che il C.d.A di Uni.Ca potrà assumere in merito.

Redatto è pubblicato a cura della
Delegazione di Gruppo FABI UnicreditGroup