



UniInform
UniCredit Group

FEDERAZIONE | AUTONOMA | BANCARI | ITALIANI



Bollettino Informativo a diffusione interna per gli iscritti Fabi del Gruppo UniCredit
Anno VI MESE Gennaio 2014



SPECIALE UNI.C.A PIANI SANITARI BIENNIO 2014/2015

REDAZIONE FABI UNIINFORM

Direttore Responsabile
Ado Dalla Villa

Direttore Comitato di Redazione
Tommaso Cimmino

Comitato di Redazione
Floriana Benedet
Tommaso Cimmino
Ado Dalla Villa
Massimo Longoni
Marco Turati

E-mail a cui inviare le vs osservazioni
redazione.unicredit@fabimilano.it

Sito Web dove reperire tutto il materiale
informativo della Fabi di Unicredit Group
<http://www.fabiunicredit.org>

Iniziamo il nuovo anno con un importante appuntamento: l'adesione ai nuovi piani sanitari per il biennio 2014/2015. La redazione di FABI Unilnform ha predisposto questo numero speciale per aiutare i colleghi iscritti alla FABI ad orientarsi nelle informazioni occorrenti per esercitare una scelta ponderata.

Definizioni

Riportiamo qui di seguito alcune definizioni di base che è opportuno conoscere per un corretto utilizzo della copertura sanitaria.

Compagnia: Società assicuratrice con la quale è stata stipulata la polizza a copertura delle prestazioni sanitarie.

Diretta, prestazione: Accesso alla prestazione coperta dal piano sanitario tramite provider senza esborso da parte dell'assistito ad esclusione di eventuale franchigia.

Equipe operatoria: gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro componente che abbia preso parte all'intervento.

Equipe operatoria convenzionata: equipe come definita sopra rientrante nel servizio convenzionato.

Franchigia: importo fisso dedotto dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili che rimane a carico dell'assicurato. (v. anche Scoperto)

Indennizzo: somma dovuta all'assicurato in caso di sinistro.

Indiretta, prestazione: Accesso alla prestazione coperta dal piano sanitario, sia in rete che fuori rete, con pagamento da parte dell'assistito e successivo rimborso da parte del provider.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita che produce lesioni oggettivamente riscontrabili.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia oncologica: malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna, sono comunque incluse le leucemie, i linfomi, etc..

Plafond / Massimale: importo massimo indennizzabile in caso di interventi chirurgici riportati nella tabella "Elenco interventi plafonati".

Provider: Società che gestisce per conto di Uni.C.A. il servizio verso gli associati.

Scoperto: somma espressa in percentuale dedotta dalle spese sostenute e indennizzabili che rimane a carico dell'assicurato.(v. anche Franchigia)

Sinistro: evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Struttura sanitaria: Casa di cura, Istituto, Azienda Ospedaliera autorizzata in Italia o all'Estero autorizzata in base ai requisiti di legge a erogare prestazioni sanitarie.

Struttura sanitaria in convenzione / Rete: qualsivoglia struttura sanitaria operante in regime di convenzionamento con pagamento diretto da parte del Provider.

La campagna di adesione ai Piani Sanitari 2014/2015

Dal 20 gennaio 2014 sino alle ore 17:00 del 7 febbraio 2014 è possibile aderire ai piani sanitari per il biennio 2014/2015; la scelta operata vale per il biennio e, salvo i casi previsti dallo statuto, non sarà possibile oltre tale data includere familiari o effettuare variazioni di piano sanitario.

Nel momento vero e proprio della scelta, oltre al titolare, sono riproposti unicamente i familiari a carico risultanti nel biennio precedente; quindi è fondamentale prestare estrema attenzione in questa fase verificando la correttezza dei familiari a carico, operando le eventuali variazioni e inserendo in polizza i familiari non fiscalmente a carico che si vogliono inserire nella copertura sanitaria.

Al collega che entro i suddetti termini non opererà nessuna scelta verrà attribuito il piano sanitario spettante di default sulla base dell'inquadramento con l'inclusione dei soli familiari fiscalmente a carico risultanti dalla sua situazione anagrafica presente a portale.

Ne consegue che è estremamente importante esercitare la scelta in fase di adesione pena la non inclusione dei familiari non fiscalmente a carico per l'intero biennio.

IL PERIODO TRANSITORIO

Decorso il suddetto termine per l'adesione verranno avviate le operazioni di invio e consolidamento dei dati anagrafici degli assistiti presso la compagnia assicuratrice RBM Salute ed il provider, che ricordiamo, è Previmedical per tutta la popolazione aderente ad Uni.C.A.

Durante tale fase, che per il personale in servizio si concluderà verosimilmente ad inizio marzo, le prestazioni previste dai piani sanitari potranno essere fruite con la forma a rimborso (**indiretta**), in quanto il provider non disponendo ancora dei dati anagrafici aggiornati, non è in grado di pre-autorizzare le prestazioni in modalità diretta.

Saranno attivabili in via **diretta**, esclusivamente per il titolare ed i componenti del nucleo familiare fiscalmente a carico già assicurati nel corso del 2013, le sole prestazioni di ricovero (con o senza intervento), day hospital, interventi ambulatoriali e parto.

Gli associati interessati alle suddette prestazioni in forma diretta, dovranno inoltrare a Previmedical la scheda di **pre-adesione** reperibile sul portale di Uni.C.A. compilata in

ogni sua parte, apponendo la massima attenzione all'indicazione del piano prescelto **che non potrà più essere modificato.**



I PIANI SANITARI

Come per lo scorso biennio in fase di rinnovo sono stati previsti quattro piani sanitari, di cui uno (BASE) riservato agli assunti ex accordo 18/10/2010. Il contributo aziendale è stato confermato in pari misura e permette l'adesione in modo automatico secondo la sottostante tabella:

PIANO SANITARIO	DESTINATARI
BASE	Dipendenti assunti in base all'accordo 18/10/2010
STANDARD	Aree Professionali, QD1 e QD2
PLUS	QD3 e QD4
EXTRA 3	Dirigenti

Ciascun dipendente nondimeno può scegliere di aderire ad un piano sanitario diverso da quello previsto per il proprio inquadramento, a patto che la polizza prescelta non comporti una spesa inferiore al contributo aziendale. A solo titolo di esempio, un collega QD4 non può optare per il piano Standard ma può scegliere di aderire al piano Extra 3 accollandosi la differenza di costo riportata in tabella.

PIANO SANITARIO	Passaggio a piano PLUS	Passaggio a piano EXTRA 3
STANDARD	€ 263	€ 715
PLUS		€ 440

Tabella costi passaggio a piano superiore

LA COPERTURA COLLETTIVA DENTI

Inquadramento	Costo adesione
Dirigenti	265,86
QD4	208,78
QD3	176,85
QD2	157,87
QD1	148,51
A3L4	130,25
A3L3	121,15
A3L2	114,32
A3L1	108,38
A2L3	101,82
A2L2	97,90
A2L1	95,25
A1GN	91,08
A1	88,70

La copertura odontoiatrica è stata confermata dal 01/02/2014 al 31/01/2016 con gli stessi prezzi e le stesse prestazioni dello scorso biennio e prevede una copertura obbligatoria per il solo dipendente titolare con un costo differenziato in base all'inquadramento:

Il costo di adesione è a carico del dipendente e verrà addebitato in tre rate (40% aprile, 30% a giugno e 30% a dicembre)

Nella sottostante tabella l'elenco delle prestazioni coperte dalla polizza odontoiatrica

Prestazione	in network	Fuori network
Visite	100%	80%
Igiene orale	100%	80%
Visita emergenza	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Paradontologia	100%	80%
Endodonzia	80%	60%
Protesi	ACCESSO TARIFFARIO	0%
Implantologia	ACCESSO TARIFFARIO	0%
Ortognatodonzia	ACCESSO TARIFFARIO	0%
Massimale annuo testa	€ 1.000	
1 Visita ed Ablazione/anno		

E' possibile estendere la copertura ai soggetti componenti il nucleo familiare coperti dal piano sanitario di Uni.C.A. al costo di € 500 con un aumento del massimale da €1.000 a €1.500 (per tutto il nucleo familiare compreso il titolare) e l'estensione della prestazione della visita ed ablazione / anno a tutti i soggetti assicurati.

IL PIANO “BASE”

Ai colleghi assunti in base all'accordo del 18/10/2010, che non godono di nessun contributo aziendale, Uni.C.A. offre un piano sanitario facoltativo ad un prezzo contenuto (450€) il cui costo è completamente a loro carico. L'adesione al piano BASE comporta anche l'adesione alla copertura odontoiatrica obbligatoria.

Riportiamo di seguito le principali caratteristiche del piano BASE:

PRESTAZIONE	MASSIMALE	RETE DIRETTA	A RIMBORSO	NOTE
Ricoveri con o senza intervento chirurgico / Day Hospital	100.000€ per nucleo / anno	franchigia 500€	franchigia 10% minimo 1.500€	
Grandi Interventi	150.000€ per nucleo / anno	franchigia 500€	franchigia 10% minimo 1.500€	
Ricovero Ambulatoriale	100.000€ per nucleo / anno	franchigia 100€	franchigia 10% minimo 600€	
Parto cesareo	3.500€ per nucleo / anno	nessuna franchigia	nessuna franchigia	
Parto fisiologico	2.500€ per nucleo / anno	nessuna franchigia	nessuna franchigia	
Cura e diagnostica alta specializzazione	4.500€ per nucleo / anno	franchigia 60€	franchigia 20% minimo 80€	Come da elenco documentazione piani sanitari
Visite specialistiche	2.500€ per nucleo / anno	franchigia 60€	franchigia 20% minimo 80€	coperte solamente quelle oncologiche e cardiologiche
Diaria ricoveri a carico SSN	50€ al giorno - la metà in caso di Day Hospital			
Ticket SSN	Rimborsato 100% solo se a seguito prestazioni previste dal piano			

I SOGGETTI INCLUDIBILI NELLE COPERTURE

Vediamo ora più in dettaglio quali sono i soggetti diversi dal titolare includibili nel piano sanitario.

Figli: I figli a carico sono compresi nella polizza del titolare senza esborsi aggiuntivi.

PIANO SANITARIO	Figlio convivente non fiscalmente a carico	Figlio non convivente non fiscalmente a carico (Includibile fino a 35 anni di età)
STANDARD	€ 349	€ 650
PLUS	€ 489	€ 900
EXTRA 3	€ 582	€ 1.300

Sono includibili a pagamento i figli non fiscalmente a carico conviventi e presenti nello stato di famiglia, mentre i figli non fiscalmente a carico e non conviventi sono includibili fino al compimento dei 35 anni di età.

Ricordiamo che non è possibile includere in polizza solo alcuni dei familiari non fiscalmente a carico ma vanno inseriti TUTTI (figli e altri familiari) i soggetti non fiscalmente a carico, presenti nello stato di famiglia.

Coniuge: Il coniuge, anche separato, ovvero il convivente "*more uxorio*" (risultate dallo stato di famiglia), se fiscalmente a carico, è inserito in polizza senza ulteriore esborso da parte del titolare; mentre se non fiscalmente a carico, può essere incluso a pagamento con un premio differenziato in base al piano ed all'età del soggetto.

PIANO SANITARIO	Fino a 60 anni	da 61 a 65 anni	Da 66 a 85 anni	Over 85
STANDARD	€ 407	€ 415	€ 423	€ 528
PLUS	€ 523	€ 533	€ 544	€ 679
EXTRA 3	€ 698	€ 712	€ 725	€ 907

Tabella costi inclusione coniuge non fiscalmente a carico

Qualora i coniugi siano entrambi dipendenti del Gruppo oppure nel caso in cui un coniuge è in servizio e l'altro in esodo anticipato nel Fondo di Solidarietà è possibile scegliere tra le seguenti opzioni:

- 1) Entrambi mantengono individualmente il proprio piano sanitario;
- 2) uno dei due coniugi rinuncia alla propria polizza (selezionando la rinuncia tramite portale) e si fa inserire come coniuge non fiscalmente a carico nella copertura sanitaria dell'altro coniuge. In caso di inserimento in un piano sanitario superiore a quello del rinunciatario, il titolare di polizza dovrà versare per il coniuge dipendente l'eventuale differenza tra il contributo aziendale di quest'ultimo ed il costo previsto per l'inserimento in polizza del coniuge non fiscalmente a carico. Ovviamente nulla è dovuto in caso differenza negativa.

Facciamo un esempio al fine di chiarire quest'ultimo concetto.

Il contributo aziendale è stato fissato secondo la seguente tabella:

Aree Professionali, QD1 e QD2 (Standard)	650 €
QD3 e QD4 (Plus)	900 €
Dirigenti (Extra 3)	1.300 €

Poniamo ora il caso che un collega QD1 (**Standard**) di età inferiore a 60 anni rinunci alla propria polizza individuale per essere inserito nella copertura sanitaria prevista dal piano

Carico Fiscale / Non Carico Fiscale

Per quanto attiene a questo delicato, punto già oggetto di verifiche nello scorso biennio, il criterio adottato per definire se un soggetto risulta a carico o meno si desume dalla situazione consolidata all'anno precedente facilmente rilevabile dalla dichiarazione dei redditi: ad esempio per il 2014 farà fede la situazione fiscale al 31 dicembre 2013.

Nel caso in cui durante il 2014 il reddito del soggetto superi la soglia dei 2840€ per essere considerato fiscalmente a carico la variazione con conseguente passaggio a non fiscalmente a carico si avrà a partire dal gennaio 2015. Pertanto un familiare originariamente incluso in qualità di fiscalmente a carico ricorrendo la condizione sopra esposta per mantenere il diritto all'inclusione nel piano sanitario dovrà versare la relativa quota di premio per il 2015.

Questo concetto è valido per tutti i componenti il nucleo familiare.

del coniuge dirigente (**Extra 3**). Per l'inserimento del coniuge sarà necessario versare un conguaglio di 48 € in quanto l'importo previsto per l'inserimento del coniuge non fiscalmente a carico (698 €) è superiore al contributo aziendale per la polizza Standard (650€).

Ricordiamo infine che per quanto riguarda Uni.C.A. il personale esodato nel Fondo di Solidarietà è del tutto assimilato al personale in servizio e che pertanto può esercitare le stesse opzioni.

Altri familiari: I familiari conviventi non fiscalmente a carico possono essere inclusi nella copertura sanitaria a condizione che siano presenti sullo stato di famiglia e che vengano inseriti tutti i familiari non fiscalmente a carico ivi presenti.

PIANO SANITARIO	Fino a 60 anni	da 61 a 65 anni	Da 66 a 85 anni	Over 85
STANDARD	€ 791	€ 806	€ 822	€ 1.027
PLUS	€ 1.041	€ 1.062	€ 1.082	€ 1.352
EXTRA 3	€ 1.129	€ 1.151	€ 1.173	€ 1.466

Tabella costi inclusione altri familiari non fiscalmente a carico

Può inoltre essere inserito in polizza il genitore ultra-sessantenne non convivente con a condizione che per l'anno 2013 abbia avuto un reddito individuale lordo fino a 26.000 Euro.

PIANO SANITARIO	da 61 a 65 anni	Da 66 a 85 anni	Over 85
STANDARD	€ 1.050	€ 1.070	€ 1.338
PLUS	€ 1.388	€ 1.415	€ 1.768
EXTRA 3	€ 1.483	€ 1.511	€ 1.889
Tabella costi inclusione genitore ultrasessantenne con limite di reddito di 26.000€ annui lordi			

ASPETTI FISCALI CONTO WELFARE

I costi sostenuti per i piani sanitari a carico dei colleghi (ad esempio inclusione familiari non fiscalmente a carico, passaggio a piano superiore, estensione polizza odontoiatrica al nucleo) sono deducibili dal reddito e vengono esclusi dal reddito imponibile del titolare direttamente in busta paga.

Viceversa, se per pagare tali costi si utilizza la somma disponibile sul Conto Welfare, gli importi all'atto dell'accredito nel bollettino stipendio verranno assoggettati ad imposizione fiscale in quanto le somme presenti a conto Welfare sono a loro volta defiscalizzate e non è ovviamente possibile fruire di doppia deduzione fiscale per le stesse partite.

I PIANI SANITARI A CONFRONTO

Al fine facilitare una scelta ponderata mettiamo a confronto le principali caratteristiche economiche dei piani sanitari per evidenziarne le differenze, rimandando alla documentazione completa dei piani sanitari disponibile sul portale di Uni.C.A. per qualsiasi approfondimento.

TABELLA DI RAFFRONTO SCOPERTI E FRANCHIGIE

PRESTAZIONE	RETE DIRETTA			A RIMBORSO		
	STANDARD	PLUS	EXTRA	STANDARD	PLUS	EXTRA
Ricoveri cono senza intervento chirurgico	200 €	200 €	Nessuna franchigia	10% minimo 1.500€	10% minimo 1.500€	10% minimo 1.500€
Grandi Interventi	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia
Parto cesareo e parto fisiologico	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia
Day Hospital con o senza intervento chirurgico / Miopia	200 €	200 €	Nessuna franchigia	10% minimo 1.000€	10% minimo 1.000€	10% minimo 1.000€
Intervento chirurgico ambulatoriale	100 €	100 €	Nessuna franchigia	10% minimo 500€	10% minimo 500€	10% minimo 500€
Visite specialistiche e diagnostica ordinaria / Cure e alta diagnostica	30€ per fattura	10€ per fattura	10€ per fattura	20% minimo 60€ per fattura	20% minimo 60€ per fattura	20% minimo 60€ per fattura
Cure oncologiche	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia	Nessuna franchigia
Nota: in caso di prestazioni indirette (a rimborso) relative a grandi interventi effettuati presso una delle strutture dedicate ai soli titolari di copertura Extra (vedi elenco a pag. 3 del prospetto dei piani sanitari) saranno applicati scoperti e franchigie relativi agli interventi ordinari 10% minimo 1.500€						

TABELLA DI RAFFRONTO MASSIMALI

PRESTAZIONE	STANDARD	PLUS	EXTRA
Ricoveri con o senza intervento chirurgico / Day Hospital / Miopia Ambulatoriale	150.000€ per nucleo / anno	150.000€ per nucleo / anno	500.000€ per nucleo / anno
Grandi Interventi	elevato a 300.000€ per nucleo / anno	elevato a 300.000€ per nucleo / anno	500.000€ per nucleo / anno
Parto cesareo	6.000€ per nucleo / anno	6.000€ per nucleo / anno	9.000€ per nucleo / anno
Parto fisiologico	3.000€ per nucleo / anno	3.000€ per nucleo / anno	6.000€ per nucleo / anno
Visite specialistiche e diagnostica ordinaria	3.000€ per nucleo / anno	3.000€ per nucleo / anno	5.500€ per nucleo / anno
Cure e alta diagnostica	5.000€ per nucleo / anno	5.000€ per nucleo / anno	7.500€ per nucleo / anno
Cure oncologiche ⁽¹⁾	10.000€ per nucleo / anno	10.000€ per nucleo / anno	12.500€ per nucleo / anno
Nota: ⁽¹⁾ in caso di esaurimento si utilizza il medesimo massimale previsto per l'alta specializzazione e per le visite specialistiche.			

TABELLA DI RAFFRONTO DIARIA

PRESTAZIONE	STANDARD	PLUS	EXTRA
Ricoveri con intervento chirurgico	80€ / giorno	80€ / giorno	100€ / giorno
Ricoveri senza intervento chirurgico	60€ / giorno	60€ / giorno	100€ / giorno
Grandi Interventi	100€ / giorno	100€ / giorno	120€ / giorno
Day Hospital con intervento	40€ / giorno	40€ / giorno	50€ / giorno
Day Hospital senza intervento	30€ / giorno	30€ / giorno	50€ / giorno

I Ticket SSN sono rimborsati per le prestazioni previste dal piano sanitario. La spesa rientra nel massimale previsto per il singolo tipo di prestazione.

Altre prestazioni coperte dai piani sanitari

PRESTAZIONE	STANDARD	PLUS	EXTRA
Rimborso occhiali / lenti a contatto	Nessuna previsione	300€ per nucleo / anno di cui 120€ a persona	400€ per nucleo / anno di cui 150€ a persona
Agopuntura	Nessuna previsione	Nessuna previsione	Rimborso se prestazione resa da medico e dietro prescrizione medica Massimale 5.500€ per nucleo / anno ricompreso nel massimale visite specialistiche Franchigia 20% minimo 40€ per fattura
Fisioterapia	700€ per nucleo / anno	700€ per nucleo / anno	5.500€ per nucleo / anno ricompreso nel massimale visite specialistiche

Rammentiamo che la fisioterapia è coperta sempre senza distinzione di polizza:

- nei 120 giorni successivi ad un ricovero, con o senza intervento, compreso il ricovero per parto cesareo ad esclusione del ricovero a seguito di parto fisiologico;
- per infortunio, certificato da Pronto Soccorso e comunque in presenza di prescrizione di medico ASL o medico specialista;
- a seguito di gravi patologie come ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative (es. sclerosi multipla, morbo di Parkinson), tumori;

La prestazione è rimborsabile se prestata da medico specialista, terapisti della riabilitazione o centri medici specializzati.

Ne consegue che in caso di infortunio è sempre necessario recarsi al Pronto Soccorso al fine di ottenere l'idonea certificazione necessaria per ottenere la copertura del trattamento fisioterapico.

CONCLUSIONI

L'Associazione in data 3 dicembre ha pubblicato sul proprio sito una breve ma concreta comunicazione nella quale si anticipavano le difficili scelte che UniCA si trovava a dover assumere in funzione di un complicato rinnovo.

Costi sanitari crescenti, invecchiamento della attuale popolazione, contributi aziendali fermi alla cifra del 2009 nonché una progressiva diminuzione del numero degli associati rendevano, solo per citare alcuni aspetti, complesso e difficile il rinnovo.

UniCA è riuscita ad individuare un Partner Assicurativo identificando la **Compagnia RBM Salute** (compagnia mono ramo e terza nella graduatoria dell'ANIA) a cui affidare le coperture dei Piani Sanitari di base.

Il **modello multiprovider** è stato mantenuto riducendo però il numero degli attuali fornitori da quattro a due ed individuando la società **Previmedical** quale fornitore unico sempre per le assistenze di base. In questo modo per tutta la popolazione assicurata vi sarà una unica rete a cui far ricorso nel caso delle prestazioni " dirette" sanando così una situazione che nel tempo era via via peggiorata con assistiti che si ritenevano discriminati rispetto ad altri che beneficiavano di reti molto capillari e maggiormente funzionali. Previmedical rappresenta in questo momento il provider che in Italia gestisce il maggior numero di assistiti in generale e comunque quello che possiede la rete migliore e la più estesa.

RBM Salute e Previmedical sono società collegate in quanto facenti capo al medesimo Gruppo. Ciò ha permesso di ottimizzare i costi e di **conservare**, aspetto ancor più di rilievo, **le attuali prestazioni a tutto vantaggio degli associati**.

Come potete comprendere le novità introdotte sono notevoli e potranno inizialmente dare adito a disagi che auspichiamo limitati.

Riteniamo che rinnovare tutti i Piani Sanitari mantenendo inalterate le prestazioni senza alcun esborso economico sia un risultato del tutto apprezzabile in particolare dalla categoria dei pensionati che rappresentano una consistente parte di associati.



INFORMAZIONI UTILI

Numero Verde	800.90.12.23
Numero con tariffa agevolata	199.28.51.24
Dall'estero	0039 0422.17.44.023
e-mail	Assistenza.unica@previmedical.it Centraleoperativa.unica@previmedical.it
Sito internet associati Uni.C.A.	www.unica.previnet.it
Sito internet società	www.previmedical.it



Numero Verde	800.66.24.75
e-mail	infooperunica@pronto-care.com
Per informazioni sulle pratiche di liquidazione	liquidazioni@pronto-care.com
Per segnalare reclami	reclamiperunica@pronto-care.com
Sito internet	www.pronto-careperunica.com

Per questioni amministrative ed informazioni sul processo di adesione è necessario contattare ES SCC Shared Service Center ai seguenti recapiti:

Dipendenti	800.15.15.15.00 oppure tramite web-ticket
Personale in esodo	Dalle ore 09:00 alle 13:00 da lunedì a venerdì: 02 7868.63.988 oppure 02 86863990 email: ucipolsan@unicredit.eu
Personale in quiescenza	Dalle ore 09:00 alle 13:00 da lunedì a venerdì: 02 7868.63.988 oppure 02 8686.3990 email: ucipolsan@unicredit.eu