



Ai Signori Associati
ex-Dipendenti in Quiescenza

Circolare N° 52/2017

Novara, 13 gennaio 2017

OGGETTO: COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE - ANNO 2017

Le polizze “rimborso spese mediche” della Cassa sono state rinnovate – per il biennio 2017-2018 – con la Compagnia RBM Salute.

La trattativa per il rinnovo delle coperture in oggetto è iniziata nella primavera del 2016 attraverso l'invito rivolto a tutte le principali Compagnie operanti nel ramo infortuni/malattie a manifestare il loro interesse a quotare il rischio; successivamente, alle Compagnie interessate sono state fornite delle precise linee-guida nell'ambito delle quali far pervenire la quotazione del rischio ed è stata poi stabilita una “griglia” – con relativa valorizzazione predefinita dei punti salienti – riguardante le tematiche più rilevanti nell'ambito del rinnovo, sulle quali è poi proseguito un più approfondito confronto tra la Cassa e le suddette Compagnie.

Il C.d.A. della Cassa ha potuto quindi, sulla base di elementi non solo di natura economica, ma anche qualitativa, opportunamente valutati nell'ambito della predetta “griglia”, considerare in maniera il più possibile oggettiva – e con la più alta trasparenza possibile - le offerte pervenute.

Infine, ha prevalso l'offerta presentata da RBM Salute, anche se occorre sottolineare il forte interesse commerciale dimostrato nei confronti della nostra Cassa da tutti gli operatori che hanno partecipato alla trattativa.

L'offerta di RBM Salute, assunta con delibera del Consiglio di Amministrazione della Cassa nella seduta del 28 novembre u.s., si caratterizza innanzitutto per alcuni aspetti **migliorativi** sia sul piano dei costi che delle prestazioni (come oltre specificato), ed è questo un aspetto inedito nella storia della Cassa, imputabile sia all'andamento tecnico delle nostre polizze, che ha registrato nell'ultimo biennio un evidente trend positivo, sia alla forte concorrenza esistente nel settore.

Riassumiamo di seguito gli aspetti salienti dell'offerta di RBM Salute:

- Riduzione del **1,5%** su tutti i premi di polizza per l'anno 2017;
- **nessun aumento** per l'anno 2018 (rispetto all'annualità 2017);
- riduzione dello scoperto **dal 10% al 5%** in regime di “assistenza diretta” (per le strutture “ordinarie”), nell'ambito delle garanzie “ospedaliere”
- riduzione della franchigia fissa **da € 50 a € 35** in regime di “assistenza diretta”, nell'ambito delle garanzie “extra-ospedaliere”
- eliminazione, a decorrere dal 1° gennaio 2017, di altre due primarie Case di Cura, oltre alle tre già eliminate nella fase di rinnovo 2015-2016, dall'elenco delle Strutture Sanitarie “TOP” (che dal 2017 saranno quindi nove – 6 su Roma, 2 su Milano, 1 su Torino); l'elenco completo delle



strutture sanitarie considerate "ordinarie", rispetto a quanto previsto originariamente, è quindi il seguente:

- **Istituto Europeo di Oncologia – Milano**
 - **I Cedri S.p.A. – Fara Novarese (NO)**
 - **Casa di Cura Privata Villa Mafalda – Roma**
 - **Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità di Novara (solo intramoenia) – Novara**
 - **Humanitas Mirasole S.p.A. (Istituto Clinico Humanitas) – Rozzano**
- Possibilità per la Cassa di risolvere anticipatamente i contratti al termine della prima annualità, secondo quanto previsto in polizza.
- Applicazione di tariffe agevolate (previa presentazione di una Card Previmedical) in caso di prestazioni fruite in assistenza indiretta (rimborsuale), oppure in caso di massimale esaurito o prestazione non prevista in polizza.

In fase di rinnovo, sono anche stati definiti con la Compagnia i seguenti aspetti di facilitazione/razionalizzazione procedurale, per i quali si rimanda, nel dettaglio, all'Appendice di Polizza pubblicata nel Sito Welfare:

- trattamenti fisioterapici: possibilità di presentare a rimborso anche fatture emesse dal singolo professionista che ha eseguito la prestazione;
- assistenza diretta: garanzia di risposta da parte della Centrale Operativa Previmedical entro 7 giorni (ospedaliera) o 3 giorni (extraospedaliera) rispetto alla data della prestazione, alle condizioni indicate in polizza;
- assistenza diretta (ricovero): contatto diretto e preliminare tra Centrale Operativa Previmedical e struttura convenzionata;
- assistenza indiretta (rimborsuale): elevazione dei tempi massimi di liquidazione da 20 a 40 giorni, limitatamente a pratiche complesse che siano inviate in consulenza medica;
- introduzione di un sistema di penali in caso di ritardata presa in carico di prestazioni in assistenza diretta.

Inoltre, RBM Salute ha potuto garantire anche per il prossimo biennio, in quanto assicuratore in corso per i rischi della Cassa, la piena continuità nei prodotti/servizi offerti ai nostri Associati, in particolare per ciò che riguarda la gestione delle pratiche di Assistenza Diretta (attraverso il Network Previmedical), la liquidazione dei sinistri e la piattaforma telematica messa a disposizione di tutti i nostri associati.

In quest'ultimo ambito, RBM Salute renderà disponibile a tutti gli Associati un portale web **fortemente rinnovato**, tramite il quale potranno essere facilmente attivate e gestite alcune funzioni interattive. Tale strumento sarà reso inizialmente disponibile in parallelo con la preesistente versione (per alcuni mesi) ed andrà in seguito a sostituirsi a quest'ultima; la fase iniziale sarà adeguatamente supportata, da parte della Compagnia, da idonei strumenti di informazione e tutoraggio.

Per quanto concerne gli aspetti normativo/gestionali relativi alle coperture 2017, confermiamo innanzitutto la possibilità di consentire agli associati di variare, su richiesta, il piano assicurativo sanitario personale, passando a copertura più elevata (Art. 10 del Regolamento Generale della Cassa).

Fermo restando che i piani sanitari di assistenza predisposti dalla Cassa, hanno di norma durata corrispondente a quella dell'esercizio (1 anno solare), è necessario ribadire che l'accesso facoltativo a piani sanitari con più elevati contenuti prestazionali - **con relativo accollo individuale delle misure integrative di contribuzioni correlate (maggiori costi)** - devono necessariamente avere una connotazione di stabilità nel tempo che prescinda dagli esercizi annuali di attività sociale della Cassa, e dalle compagnie assicurative che, tempo per tempo, sovvergono (sovreranno) le coperture della Cassa stessa.



Occorre quindi ribadire che l'eventuale richiesta di variazione di piano assicurativo, per passaggio a copertura di livello superiore (fino al livello più alto consentito), ha carattere durevole, per evidenti necessità di stabilità dei comparti assicurativi, ed **implica il permanere definitivo nel nuovo piano prescelto, non essendo prevista, in tal caso, la possibilità di ritorno al piano sanitario precedentemente fruito.**

Le richieste di variazione dei piani sanitari devono essere inviate alla Cassa a mezzo Raccomandata AR, entro la data di seguito specificata nell'Allegato alla presente Circolare.

I due Piani Sanitari oggi in essere ed opzionabili, su richiesta, e con indirizzo crescente, sono, per tutti gli Associati in Quiescenza:

➤ **Piano Sanitario STANDARD**

- a. Il premio annuo per il nucleo, ossia pensionato e familiari fiscalmente a carico (coniuge e figli fino a 34 anni) corrisponde a: **Euro 793,00**
- b. Il premio annuo aggiuntivo per l'inclusione di familiari fiscalmente non a carico, convivente more uxorio, figli a carico dai 35 compiuti, ogni componente del "nucleo allargato", corrisponde, per ogni soggetto aggiunto, a: **Euro 565,00**

➤ **Piano Sanitario SUPER**

- a. Il premio annuo per il nucleo, ossia pensionato e familiari fiscalmente a carico (coniuge e figli fino a 34 anni) corrisponde a: **Euro 1.699,00**
- b. Il premio annuo aggiuntivo per l'inclusione di familiari fiscalmente non a carico, convivente more uxorio, figli a carico dai 35 compiuti, ogni componente del "nucleo allargato", corrisponde, per ogni soggetto aggiunto, a: **Euro 1.008,00**

Poiché suddetti piani sanitari si differenziano, oltre che per i relativi costi, anche per il livello dei massimali e delle franchigie offerte, si suggerisce un'attenta lettura dei testi delle polizze - che sono pubblicate sul sito Internet www.welfare.bancopopolare.it, seguendo il percorso: Assistenza Sanitaria > Cassa Assistenza Gruppo BP > Tutto sulla Cassa > Le prestazioni – dai quali si potranno ricavare i contenuti delle due diverse "Garanzie" rivolte a tutti gli Associati in Quiescenza.

Il pagamento del premio complessivo annuo dovuto per la copertura sanitaria assicurativa, come da consuetudine, verrà addebitato in due tranches nell'anno di riferimento, indicativamente entro il primo semestre.

Nel rinviare all'attenta lettura dei contratti di polizza per quanto riguarda il Piano Sanitario "Garanzie STANDARD" e l'integrazione allo stesso, prevista dalle "Garanzie SUPER", ci si richiama integralmente, quanto alle modalità operative, per la conferma del nucleo da assicurare, per le variazioni successive e per le ulteriori disposizioni regolamentari (es. "nucleo allargato"), all'apposito e già richiamato Allegato alla presente Circolare.

Si desidera inoltre avvisare gli Associati che, per quanto concerne tutte le dichiarazioni da essi prodotte, per i relativi nuclei familiari in copertura e con particolare riferimento ai carichi fiscali, la Cassa accoglie tutte le dichiarazioni fornite facendo salva la buona fede e l'onestà degli Associati stessi rispetto alle informazioni trasmesse, che pertanto vengono accolte a titolo di autocertificazioni a termini di legge.

La Cassa si riserva comunque di procedere, anche nel corso del corrente anno, ad una ricognizione (generalizzata o per determinate categorie di Associati) riguardante la corretta



**CASSA DI ASSISTENZA DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE**
ISCRITTA ALL'ANAGRAFE DEI FONDI
SANITARI N PROT. 0019794 DEL 10/06/2010.

attribuzione del carico fiscale relativamente ai familiari beneficiari delle vigenti coperture, anche attraverso richiesta massiva della documentazione comprovante il relativo status; indipendentemente da ciò, la Cassa potrà inoltre effettuare, senza preavviso alcuno ed a campionatura, controlli di merito sulle autocertificazioni dei dichiaranti.

L'adesione alla Cassa, ove non disdettata a norma delle vigenti norme Statutarie e Regolamentari, permane tacitamente.

Cordiali saluti.

CASSA DI ASSISTENZA DEL GRUPPO
BANCO POPOLARE
Il Presidente
(f.to C. Schiavi)



Allegato 1

MODALITA' OPERATIVE RELATIVE ALLA GESTIONE DELLA POSIZIONE ASSOCIATIVA E DEI SINISTRI DEGLI ASSOCIATI

Modalità Operative

RICHIESTE DI VARIAZIONE DEL NUCLEO ASSICURATO

☛ VARIAZIONI DEL NUCLEO CON DECORRENZA 1 GENNAIO 2017

Si rammenta che già dal 1° gennaio 2017 (come di consueto) e **fino al 31 marzo 2017**, ogni Associato collegandosi al sito www.welfare.bancopopolare.it (sezione Assistenza Sanitaria - Cassa Assistenza Gruppo BP - Link Utili - Area Iscritto) potrà accedere alla funzione “variazione del nucleo familiare” per modificare la composizione del nucleo assicurato o il carico fiscale dei beneficiari inseriti in tale nucleo (secondo quanto previsto dal Regolamento Generale – Art.4), con effetto 1° gennaio 2017 (per le modalità di accesso al servizio on-line si rimanda al relativo capitolo della presente comunicazione).

Al termine del previsto periodo di apertura della procedura i dati consolidati nella stessa non saranno più suscettibili di ulteriori variazioni (salvo, ovviamente, quanto previsto al paragrafo seguente).

In assenza di variazioni entro il 31 marzo p.v., la Cassa **considererà confermati i dati comunicati** precedentemente, quali risultano visualizzabili nella posizione anagrafica in essere.

I figli fiscalmente a carico di due associati tra loro coniugati dovranno essere inseriti a scelta (in seguito non modificabile) in una soltanto delle schede dei genitori, ovvero di quel genitore di cui risultino fiscalmente a carico (anche parzialmente) ai fini della detrazione d'imposta.

I familiari già iscritti precedentemente a forme di assistenza del Gruppo che abbiano disdetto la copertura non possono essere iscritti nuovamente.

NOTA: Si sottolinea che l'eventuale cancellazione di un familiare dal proprio nucleo ne comporta la conseguente definitiva esclusione dalla Cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare.

☛ VARIAZIONI DEL NUCLEO NEL CORSO DEL 2017

L'inclusione di familiari è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza (more uxorio), o nascite e costituzione/variazione del “nucleo allargato”.

Tali variazioni dovranno essere comunicate alla Cassa al verificarsi dell'evento o, al più tardi, non appena effettuata la registrazione dello stesso sullo stato di famiglia dell'Associato; se la comunicazione viene effettuata (e perfezionata) entro 30 giorni dalla variazione, la garanzia decorrerà dalla data di certificazione della variazione sullo stato di famiglia, in caso contrario decorrerà dal primo giorno del mese di comunicazione, sempre nel rispetto del criterio di immediatezza della comunicazione stessa.



Allo stesso modo, si richiama l'attenzione degli Associati sulla necessità di segnalare tempestivamente alla Cassa, per ciascun beneficiario inserito nel proprio nucleo come "fiscalmente a carico" la perdita di tale requisito, ovvero sia l'acquisita qualifica di "fiscalmente non a carico" per effetto del superamento del limite di reddito lordo annuo previsto dalla normativa vigente (attualmente € 2.840,51).

Ai soli fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene con effetto entro il 30 giugno 2017, la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene con effetto dal 1° luglio 2017 verrà corrisposto il 60% dell'intero premio annuo.

Si precisa che sia le "VARIAZIONI DEL NUCLEO CON DECORRENZA 1 GENNAIO 2017" che le "VARIAZIONI DEL NUCLEO NEL CORSO DEL 2017" dovranno essere effettuate collegandosi al sito www.welfare.bancopopolare.it (sezione Assistenza Sanitaria – Cassa Assistenza Gruppo BP – Link Utili – Area Iscritto) e saranno perfezionate attraverso il successivo **invio alla Cassa** della documentazione cartacea richiesta.

La Cassa provvederà alla comunicazione delle suddette variazioni alla Compagnia.

RECESSO INDIVIDUALE DALL'ASSOCIAZIONE

L'art. 6 dello Statuto della Cassa prevede la possibilità di recesso individuale da rassegnare 6 mesi prima della scadenza della copertura annuale. Tale facoltà è da esercitarsi pertanto, come previsto, entro il 30 giugno 2017, ed avrà valenza a decorrere dal 1° gennaio 2018. Si rappresenta comunque che l'Accordo Sindacale 27 novembre 2008 prevede, in caso di recesso, l'impossibilità di iscriversi successivamente ad altre forme di assistenza sanitaria del Gruppo.

NUCLEO ALLARGATO

Detto istituto consente ai figli degli Associati che hanno lasciato il nucleo originario, per formare una nuova famiglia, di mantenere la copertura assicurativa sanitaria. Segnaliamo agli eventuali interessati le modalità di adesione:

- la costituzione di un nucleo allargato costituisce un caso – seppur peculiare – di variazione del nucleo familiare dell'associato. Ne consegue che le modalità e la tempistica di comunicazione alla Cassa di tale costituzione ricalcano quelle sopra descritte al capitolo "**RICHIESTE DI VARIAZIONE DEL NUCLEO ASSICURATO**";
- possono confluire nel nucleo allargato i **figli** usciti dal nucleo familiare dell' Associato (cioè non più presenti nello stato di famiglia del titolare) con il relativo nucleo familiare, costituito da **nuora o genero e nipoti** (figli dei figli);
- è necessario che **l'intero nucleo familiare** del figlio dell'Associato, come sopra definito, aderisca alla copertura; in caso contrario la copertura non sarà operativa ed il figlio dell'Associato verrà escluso dal nucleo familiare dell'Associato;
- è conseguentemente necessario produrre, unitamente al/ai modulo/i di adesione, debitamente compilato e sottoscritto e completo di autorizzazione al trattamento dei dati personali, **lo stato di famiglia**.



**CASSA DI ASSISTENZA DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE**
ISCRITTA ALL'ANAGRAFE DEI FONDI
SANITARI N PROT. 0019794 DEL 10/06/2010.

GESTIONE DEI SINISTRI

☛ ASSISTENZA DIRETTA

E' confermato il servizio di assistenza diretta presso le strutture convenzionate del **Network Previmedical** per tutte le prestazioni (vedi polizza) che lo prevedano.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture medesime ad eccezione dell'eventuale franchigia/scoperto previsti, restanti a carico dell'Assicurato (che, ricordiamo, possono formare oggetto di separata richiesta di rimborso alla Cassa nell'ambito dell'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva – modalità di rimborso "ASA PURA").

Per quanto riguarda i ricoveri fuori convenzione con intervento chirurgico si raccomanda di consultare sempre preventivamente il testo di polizza per verificare l'entità di eventuali plafonamenti di spesa.

Per accedere alla rete convenzionata del **Network Previmedical** è necessario rivolgersi preventivamente alla Centrale Operativa di Previmedical telefonando ai seguenti numeri:

800 90 14 19	da telefono fisso (numero verde)
0422 – 17 44 111	da telefono cellulare (nuovo numero)
+39 0422 17 44 111	dall'Estero.

La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assistiti 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno; per gli Associati è inoltre attiva la casella e-mail: assistenza.cpo@previmedical.it.

L'elenco, in continuo aggiornamento, delle strutture convenzionate è consultabile in Internet nell'Area Iscritto del sito www.welfare.bancopopolare.it (v. di seguito il capitolo riguardante le modalità di accesso al servizio on line).

☛ ASSISTENZA RIMBORSUALE

Per i rimborsi l'Associato potrà compilare richiesta di rimborso on line (v. di seguito il capitolo riguardante le modalità di accesso al servizio on line), oppure utilizzare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito www.welfare.bancopopolare.it (sezione Assistenza Sanitaria - Cassa Assistenza Gruppo BP – Come fare per), compilandolo in ogni sua parte, corredato dalla documentazione medica (**in sola fotocopia**) e dall'indicazione del codice IBAN (se diverso da quello già segnalato alla Cassa) relativo al conto corrente sul quale verrà accreditato l'importo rimborsato. Il tutto dovrà essere spedito a:

Previmedical SpA
Ufficio Liquidazioni
via Enrico Forlanini, 24 – Località Borgo Verde
31022 Preganziol (TV)

Si raccomanda di utilizzare l'ultima versione del modulo, disponibile nel sito Welfare come sopra specificato e contenente la scelta riguardante la volontà di godere / non godere della copertura integrativa A.S.A., onde evitare il respingimento della pratica da parte della Compagnia.

La trasmissione del modulo di richiesta del rimborso può, per comodità degli Associati, essere effettuata per posta interna anche utilizzando il seguente recapito:

Previmedical SpA
Ufficio Liquidazioni
c/o Area Affari Treviso
BANCO BPM – Direzione Territoriale BPV



**CASSA DI ASSISTENZA DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE**
ISCRITTA ALL'ANAGRAFE DEI FONDI
SANITARI N PROT. 0019794 DEL 10/06/2010.

Invitiamo tutti gli Associati a non inviare ai predetti indirizzi alcuna pratica (sia di rimborso che di altro tipo, ad es. moduli di consenso privacy) riguardante l'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva (A.S.A.): in tale ambito, le domande di rimborso "ASA PURA" (in formato cartaceo) dovranno essere indirizzate, come riportato nell'apposito modulo, presso gli uffici della Cassa di Lodi (Via Polenghi Lombardo, 13 – 26900 Lodi), mentre per le altre questioni la documentazione dovrà essere indirizzata alla Sede Legale della Cassa (Via Negroni, 12 – 28100 Novara).

Ricordiamo infine che per eventuali esigenze diverse da quelle relative alle prestazioni (es. anagrafiche e/o altro, ivi comprese tutte le tematiche A.S.A.) è possibile contattare telefonicamente il Call Center della Cassa (0321-663577), oppure inviare una e-mail a:

caspop@bancopopolare.it



**CASSA DI ASSISTENZA DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE**
ISCRITTA ALL'ANAGRAFE DEI FONDI
SANITARI N PROT. 0019794 DEL 10/06/2010.

Modalità di accesso al servizio on-line

Nel sito www.welfare.bancopopolare.it, sezione Assistenza Sanitaria - Cassa Assistenza Gruppo BP, nel box **Link Utili** è stato attivato l'accesso all'**AREA RISERVATA ALL'ISCRITTO**, che permetterà, *previa autenticazione* di:

1. modificare la composizione del proprio nucleo familiare, secondo le modalità previste dalla presente circolare;
2. consultare l'elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati;
3. compilare la richiesta di rimborso on line;
4. seguire l'*iter* liquidativo delle richieste di rimborso
5. verificare la propria posizione nell'ambito dell'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva (A.S.A.) (contributi versati, prestazioni usufruite, consenso privacy etc.).

PRIMO ACCESSO ALL'AREA RISERVATA ALL'ISCRITTO

Per accedere per la prima volta all'AREA ISCRITTO, ogni Associato deve autenticarsi nel modo seguente, nella finestra di Login:

Username: digitare in maiuscolo il *proprio codice fiscale*
Password: digitare la *propria data di nascita* (nel formato *ggmmaaaa* senza spazi e/o trattini, barre, ecc.)

Avuto accesso all'applicativo Previmedical, la prima operazione da compiere sarà poi quella di cambiare la password, secondo le modalità e i criteri indicati nella procedura stessa.

ACCESSI SUCCESSIVI ALL'AREA RISERVATA ALL'ISCRITTO

Per accedere all'AREA ISCRITTO, ogni Associato deve autenticarsi nel modo seguente, nella finestra di Login:

Username: digitare in maiuscolo il *proprio codice fiscale*
Password: digitare la *Password*

APP MOBILE CITRUS® DI RBM SALUTE - PREVIMEDICAL

Ricordiamo infine a tutti gli Associati che tutte le funzionalità dell'Area Iscritto (visualizzazione/modifica della propria posizione, contatto con la Compagnia, ricerca di strutture convenzionate, stato delle pratiche, domande di rimborso on line, richiesta di autorizzazione di assistenza diretta) possono essere utilizzate direttamente dal proprio telefono cellulare / tablet, tramite la APP Mobile Citrus® di RBM Salute / Previmedical, della quale sono riportate esaurienti note informative nel sito www.welfare.bancopopolare.it (sezione Assistenza Sanitaria - Cassa Assistenza Gruppo BP – Come fare per).