



Ai Signori Associati  
Dipendenti in servizio

Circolare N° 10/2010

Novara, 30 dicembre 2010

**OGGETTO: COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE - ANNO 2011**

Le polizze “rimborso spese mediche” sono state rinnovate – per il biennio 2011/2012 – con la Compagnia DKV Salute.

L’andamento tecnico di chiusura del biennio 2009/2010, del rapporto sinistri premi (S/P) ha infatti indotto la Compagnia Allianz, che nel precedente biennio 2009/2010 di attività della Cassa aveva gestito le relative coperture assicurative, a richiedere un incremento complessivo - fra aumento dei premi ed abbassamento delle prestazioni in corso tramite introduzione, e/o aumento, di franchigie - di portata rilevante e non percorribile.

Conseguentemente il Consiglio ha ricercato, per tempo, nuove quotazioni presso altre primarie Compagnie di Assicurazione.

Fra le Compagnie contattate – e quindi fra quelle che hanno risposto positivamente, con quotazioni coerenti con i criteri di ricerca individuati dal Consiglio – ha pertanto prevalso l’offerta rappresentata da DKV Salute, ed assunta dal Consiglio di Amministrazione, con delibera, nella sua adunanza del 23 dicembre 2010.

L’acquisita quotazione di DKV Salute S.p.A. garantisce il mantenimento sia degli aspetti di tipo normativo, riferiti alle garanzie, che di quelli di tipo economico, riferiti ai premi di polizza, che rimangono invariati ed inalterati; pertanto nulla cambia rispetto al precedente biennio.

Per il solo anno 2012, ove l’andamento del rapporto S/P risultasse superiore al 90%, è previsto un aumento del 5% dei premi.

Il solo aspetto di novità, che necessita comunque di essere opportunamente segnalato, è il cambio di circuito convenzionato, per le prestazioni di tipo diretto in convenzione – quindi sia per i ricoveri che per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici – che, per il prossimo biennio, sarà garantito da PREVIMEDICAL, Network Sanitario utilizzato da DKV Salute (cfr. per dettagli l’allegato 1 modalità operative).

*Rimane confermata 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 la eventuale richiesta di variazione di piano assicurativo, per passaggio a copertura di livello superiore (fino al livello più alto consentito), **implica il permanere definitivo, fino al momento del pensionamento, nel nuovo piano prescelto.**



Le richieste di variazione dei piani sanitari devono essere inviate alla Cassa a mezzo Raccomandata AR.

Si richiama l'attenzione degli interessati sul fatto che l'eventuale variazione del piano sanitario individuale – per evidenti necessità di stabilità dei comparti assicurativi – come già detto, ha carattere durevole. **Non è pertanto prevista, in tal caso, la possibilità di ritorno al piano sanitario precedentemente fruito.**

I tre Piani Sanitari oggi in essere ed opzionabili, su richiesta, e con indirizzo crescente, sono, per tutti gli Associati Dipendenti, o aderenti al Fondo di Solidarietà:

1. **Garanzie BASE**
2. **Garanzie BASE+PLUS**
3. **Garanzie BASE+EXTRA**

e si differenziano per il livello dei massimali e delle franchigie offerte, nonché dei relativi costi previsti.

Si suggerisce quindi una attenta lettura dei testi delle polizze, che saranno pubblicate sul sito Internet [welfare.bancopopolare.it](http://welfare.bancopopolare.it) nonché sul portale Intr@net (Portali Intr@net Aziendali – Risorse Umane – Welfare di Gruppo – Assistenza – Cassa Assistenza del Gruppo Banco Popolare), circa le tre diverse “Garanzie”, rivolte indistintamente, come detto, a tutto il personale associato in servizio o aderente al Fondo di Solidarietà.

**Premio assicurativo per gli Associati (comprensivo della quota a carico Azienda), coniuge fiscalmente a carico, figli a carico fino a trentaquattro anni compiuti conviventi e non**

<b>Premio Assicurativo per “Garanzie Base”</b>	<b>€ 525,00</b>
<b>Premio Assicurativo per “Garanzie Base+Plus”</b>	<b>€ 710,00 (525,00+185,00)</b>
<b>Premio Assicurativo per “Garanzie Base+Extra”</b>	<b>€ 1.350,00 (525,00+825,00)</b>

Le contribuzioni aziendali permangono come già in atto nell'anno 2010 sulla base degli accordi sindacali in vigore.

Le contribuzioni personali, calcolate per differenza, verranno recuperate con le modalità già in atto nell'anno 2010 sulla base degli accordi sindacali in vigore.

Il piano “BASE+EXTRA” comporta la possibilità, alla stregua degli accordi vigenti, di continuare a usufruire della dilazione su 12 mensilità del recupero della contribuzione personale.

**Premio Assicurativo per coniuge e figli non fiscalmente a carico, convivente more uxorio, figli a carico ultra trentacinquenni ed altri familiari conviventi**

**Il premio è fissato:**

- per le “Garanzie Base” in € 250,00 pro capite
- per le “Garanzie Base con integrazione PLUS” in € 370,00 (250,00 + 120,00) pro capite
- per le “Garanzie Base con integrazione EXTRA” in € 550,00 (250,00 + 300,00) pro capite



Ovviamente per i familiari è prevista, obbligatoriamente, l'adesione al medesimo piano sanitario dell'Associato.

Nel rinviare all'attenta lettura dei contratti di polizza per quanto riguarda il Piano Sanitario "Garanzie Base" e le diverse integrazioni allo stesso, previste dai moduli aggiuntivi "PLUS" ed "EXTRA", 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 allegato della 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.

Ciò non impedirà comunque che, senza preavviso alcuno ed a campionatura, la Cassa possa effettuare controlli di merito sulle autocertificazioni dei dichiaranti.

Si precisa che l'età, ai fini della polizza, viene convenzionalmente rilevata all'1 gennaio di ogni anno.

Si rinvia all'allegato "Modalità Operative" per quanto concerne gli aspetti applicativi della copertura.

Cordiali saluti.

**CASSA DI ASSISTENZA DEL GRUPPO  
BANCO POPOLARE**  
Il Presidente  
(f.to G. Barbagallo)



## Allegato 1

### Modalità Operative

*Con specifico riferimento alle coperture assicurative fornite dalla Compagnia DKV Salute segnaliamo che, in ragione dei tempi tecnici di emissione delle nuove polizze, e relativamente all'avvio della operatività del solo anno 2011, sono in corso le attività volte a garantire che i servizi dettagliatamente descritti qui di seguito, siano attivabili con le seguenti decorrenze:*

- prestazioni in regime di **assistenza diretta**, dalle ore 00.00 del 1 gennaio 2011
- prestazioni in regime di **assistenza rimborsuale**, dalle ore 9.00 del 1 febbraio 2011
- servizio di **richiesta di rimborso on-line**, dalle ore 9.00 del 15 febbraio 2011.

### **RICHIESTE DI VARIAZIONE DEL NUCLEO ASSICURATO**

#### \* VARIAZIONI DEL NUCLEO CON DECORRENZA 1° gennaio 2011

**A partire dal 10 gennaio 2011 e fino al 31 gennaio 2011** successivo, ogni Associato collegandosi al sito **welfare.bancopopolare.it** (sezione Assistenza-Cassa di Assistenza-Link Utili-Area Riservata Iscritto) potrà accedere a una scheda precompilata per confermare o – all'occorrenza – variare la composizione del nucleo da assicurare, con effetto 1° gennaio 2011. (per le modalità di accesso al servizio on-line si veda l'Allegato 2), fermo restando che le modifiche del nucleo – da ultimo intervenute – saranno accolte solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, o nuove nascite e costituzione/variazione del "nucleo allargato", nonché per variazione del carico fiscale.

Al termine del previsto periodo di apertura della procedura i dati confermati sulla stessa non saranno più suscettibili di ulteriori variazioni e la Cassa procederà a verifiche di legittimità.

**In assenza di variazioni o conferma** elettronica entro il 31 gennaio 2011 la Cassa **considererà confermati i dati comunicati** precedentemente, quali risultano visualizzabili sulla scheda personale.

I figli fiscalmente a carico di due associati tra loro coniugati dovranno essere inseriti a scelta in una soltanto delle schede dei genitori, ovvero di quel genitore di cui risulti 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 2011

Le variazioni in corso d'anno sono consentite solamente nel caso di modifica dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, o nuove nascite e costituzione/variazione del "nucleo allargato", nonché per variazione del carico fiscale; tale variazione dovrà essere tempestivamente effettuata collegandosi prioritariamente al sito **welfare.bancopopolare.it** (sezione Assistenza-Cassa di Assistenza-Link Utili-Area Riservata Iscritto) oppure, se ciò non fosse possibile, mediante compilazione manuale e invio dell'apposito modulo reperibile sul medesimo sito o sull'Intr@net aziendale.

La Cassa provvederà alla comunicazione delle variazioni alla Compagnia.



Se la comunicazione viene fatta 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.

Ai soli fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene con effetto entro il 30 giugno 2011, la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene con effetto dal 1° luglio 2011 verrà corrisposto il 60% dell'intero premio annuo.

**Si raccomanda di segnalare alla Cassa le variazioni dello stato di famiglia e dei carichi fiscali, entro un mese dalla data in cui si realizza l'evento.**

### **RECESSO INDIVIDUALE DALL'ASSOCIAZIONE**

L'art. 6 dello Statuto 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 2011, ed avrà valenza a decorrere dal 1° gennaio 2012. 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:

- entro il 31 gennaio 2011 possono essere inseriti in copertura i **figli** - e relativo nucleo familiare costituito da **nuora o genero e nipoti** (figli dei figli) - usciti dal nucleo dell' Associato **nel corso dell'anno 2010**;
- analogamente, durante il 2011 potranno essere inseriti i soggetti usciti dal nucleo dell' Associato in corso d'anno;
- 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;
- è conseguentemente necessario produrre unitamente al/ai modulo/i di adesione **lo stato di famiglia**;
- è necessario manifestare la volontà di adesione **per ciascun soggetto** da includere utilizzando l'apposito modulo per l'autorizzazione all'addebito;
- le adesioni al "nucleo allargato", successivamente alla data del 31 gennaio 2011, dovranno essere richieste collegandosi al sito **welfare.bancopopolare.it** (sezione Assistenza-Cassa di Assistenza) o all'Intr@net aziendale

### **GESTIONE DEI SINISTRI**

#### **\* ASSISTENZA DIRETTA**

E' operativo dal 1° gennaio 2011 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 prevista, restante a carico dell'Assicurato.

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.



**CASSA DI ASSISTENZA DEL  
GRUPPO BANCO POPOLARE**

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

<b>800 90 14 19</b>	da telefono fisso ( <b>numero verde</b> )
<b>199 28 09 85</b>	da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata)
<b>+39 041 59 15 901</b>	dall'Estero.

La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assistiti 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno.

L'elenco, in continuo aggiornamento, delle strutture convenzionate è consultabile in Internet al sito [www.previmedical.it](http://www.previmedical.it)

#### **\* ASSISTENZA RIMBORSUALE**

Per i rimborsi l'Associato dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile entro gennaio 2011 sul sito [welfare.bancopopolare.it](http://welfare.bancopopolare.it) (sezione Assistenza-Cassa Assistenza-Tutto su...), compilandolo in ogni sua parte, corredato dalla documentazione medica e dall'indicazione del codice IBAN relativo al conto corrente sul quale verrà accreditato l'importo rimborsato. Il tutto dovrà essere spedito a:

**Previmedical Spa  
Ufficio Liquidazioni  
via Gioberti, 33  
31021 Mogliano Veneto (TV)**

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 Veneto Est  
Banca Popolare di Verona.**

Si precisa che in questa fase di avvio, le liquidazioni delle richieste di rimborso non in assistenza diretta inizieranno ad essere evase nel corso del mese di febbraio, dopo la chiusura della fase di modifica/conferma dei nuclei assicurati.

Per eventuali esigenze diverse da quelle relative alle prestazioni (es. anagrafiche e/o altro) è possibile contattare l'ufficio Assistenza Comparto di Novara telefonando ai numeri

**0321.663593  
0321.663595**

oppure rivolgersi via e-mail a

**[caspop@bancopopolare.it](mailto:caspop@bancopopolare.it)**



## Allegato 2

### **Modalità di accesso al servizio on-line**

Nel box **Link Utili**, nella pagina Cassa di Assistenza Gruppo BP della sezione Assistenza del sito **welfare.bancopopolare.it** 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. modificare il recapito, i contatti e il codice IBAN;
3. consultare l'elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati;
4. compilare la richiesta di rimborso (da febbraio 2011);
5. pre-attivare *on-line* le strutture convenzionate Previmedical (da febbraio 2011);
6. seguire l'*iter* liquidativo delle richieste di rimborso.

### **PRIMO ACCESSO ALL'AREA RISERVATA ALL'ISCRITTO**

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

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

Nella seconda maschera verrà richiesto immediatamente l'inserimento di una *propria Password personale* (a scelta di ciascun associato), la conferma della stessa e l'inserimento di una domanda (a carattere personale: ad es. "Qual è il nome di mia mamma?") e la corrispondente risposta di sicurezza, nel caso in cui l'Assistito debba recuperare la password dimenticata. Si consiglia di utilizzare per la risposta solo caratteri MAIUSCOLI senza utilizzare punteggiature o caratteri speciali (ad es.: /, ?, !, \*, ...).

**NOTA:** A tutela della privacy e per ragioni di sicurezza, ogni tre mesi la procedura richiederà l'inserimento di una nuova password personale che dovrà essere diversa da una delle ultime dieci utilizzate in precedenza.

### **ACCESSI SUCCESSIVI ALL'AREA RISERVATA ALL'ISCRITTO**

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

<i>Username:</i>	digitare in maiuscolo il <i>proprio codice fiscale</i>
<i>Password:</i>	digitare la <i>propria Password personale</i>