



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

Ai Signori Associati Dipendenti in
servizio

Circolare N° 101/2025

Novara, 21 gennaio 2025

OGGETTO: COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE - ANNO 2025

Si rende noto che il Consiglio di Amministrazione della Cassa, con delibera del 19 novembre 2024, ha definito **per l'anno 2025** il rinnovo delle coperture sanitarie, confermando la compagnia UniSalute quale gestore assicurativo.

Tale decisione consiliare trova fondamento, **sia nell'invarianza dei premi di ciascuna delle tre coperture a disposizione del personale in servizio (BASE, PLUS ed EXTRA)**, che rimangono pertanto confermati nei medesimi valori del 2023 e del 2024, **sia nei significativi miglioramenti di cui si gioveranno le coperture medesime, con effetto 1.1.2025**, più avanti descritti.

Come noto la Banca e le Organizzazioni Sindacali hanno definito in data 19 dicembre 2024 un accordo che prevede di ridurre le differenze di trattamento per i lavoratori iscritti alla forma di assistenza Caspop, con riferimento a coloro che beneficiano di prestazioni minori, portando a € 610 il contributo aziendale minimo pro-capite, con la sola finalità di migliorare le prestazioni a favore degli interessati, anche attraverso la razionalizzazione del numero delle attuali polizze.

Il Consiglio di Amministrazione della Cassa è pertanto impegnato a perseguire gli obiettivi posti dall'accordo.

In attesa che vengano definite le tempistiche e le modalità per dare attuazione a quanto precede, di seguito vi forniamo le consuete istruzioni operative.

Come previsto dal Regolamento Generale della Cassa, mentre non è consentito per esigenze di stabilità dei comparti assicurativi richiedere l'applicazione della polizza di livello inferiore, si rende possibile conseguire il piano sanitario di livello superiore con onere a proprio carico che ovviamente include anche le maggiorazioni di costo previste per i familiari "non a carico" inclusi in copertura, sopra ricordate.

A tal fine, eventuali richieste di acquisizione della copertura di livello superiore dovranno essere comunicate per iscritto esclusivamente alla Cassa scrivente all'indirizzo caspop@bancobpm.it entro e non oltre la data non derogabile di martedì 28 gennaio 2025 (in merito sarà sufficiente da parte di ciascun interessato inviare la seguente mail recante come oggetto: "rif. Circolare n. 101/2025 - richiesta copertura di livello superiore" e come contenuto: "In relazione alla circolare 101/2025 io sottoscritto (nome e cognome) intendo acquisire il piano sanitario di livello superiore (PLUS, se già detentore della BASE oppure EXTRA, se già detentore della PLUS)", avendo conoscenza del relativo costo dello



stesso, anche relativamente ai familiari “non a carico” (ovvero a pagamento) già compresi in copertura.

Rimane fermo che una volta acquisito il piano di livello superiore, questo si rende applicabile senza possibilità di ritorno alla polizza di livello inferiore (fatta salva ovviamente la possibilità di aderire a libera scelta ad una due coperture previste per il personale quiescente allorquando si raggiunga il pensionamento).

Le contribuzioni personali, determinate sottraendo al costo del piano sanitario di pertinenza il correlativo contributo aziendale definito dall'accordo sindacale di riferimento, saranno corrisposte con le modalità già in atto e cioè mediante trattenuta sul foglio paga, a partire dal mese di febbraio.

Per i familiari è confermato l'obbligo di adesione al medesimo piano sanitario dell'Associato.

Si ricorda che le coperture in argomento, offerte in forma “collettiva”, garantiscono una serie di vantaggi preclusi ai contraenti di polizze individuali (ad es. non si richiede la presentazione di questionari sanitari, non si applicano esclusioni di patologie pregresse, non sono previsti limiti di età ecc.).

Premesso quanto sopra, vengono di seguito ricordati i costi delle tipologie dei piani sanitari già in essere per gli Associati Dipendenti (e aderenti al Fondo di Solidarietà) e precisate le migliorie apportate ai piani sanitari medesimi.

1) - COSTO DELLE COPERTURE SANITARIE

| | |
|-------------------------|---------|
| - Piano Sanitario BASE | € 803 |
| - Piano Sanitario PLUS | € 1.087 |
| - Piano Sanitario EXTRA | € 2.065 |

I suddetti costi (comprensivi della quota a carico Azienda) prevedono l'inclusione in copertura anche del coniuge fiscalmente a carico, nonché dei figli a carico, conviventi e non.

Ove nella copertura sanitaria siano compresi coniuge non fiscalmente a carico, convivente more uxorio, figli non fiscalmente a carico ed altri familiari conviventi, nonché familiari componenti il c.d. “nucleo allargato”, i costi sopra ricordati si incremento come di seguito:

| | | |
|---|-------|------------|
| - per il piano sanitario BASE in misura di | € 383 | pro capite |
| - per il piano sanitario PLUS in misura di | € 566 | pro capite |
| - per il piano sanitario EXTRA in misura di | € 841 | pro capite |

2) - MIGLIORIE APPORTATE ALLE COPERTURE SANITARIE



Con effetto 1° gennaio 2025, le garanzie delle predette coperture sono previste con le seguenti migliorie:

- a) l'aumento del massimale dell'area ricovero (da € 200.000 a € 230.000 per la BASE, da € 250.000 a € 280.000 per la PLUS), ferma rimanendo l'invarianza del massimale della EXTRA (€ 300.000);
- b) l'aumento dei massimali per le protesi ortopediche ed acustiche (da € 2.000 ad € 2.500 per la BASE, la PLUS e la EXTRA);
- c) l'aumento dei massimali dei *ticket* per pronto soccorso (da € 1.000 ad € 1.300 per la BASE, la PLUS e la EXTRA);
- d) l'aumento dei massimali delle cure oncologiche (da € 30.000 a € 35.000 per la BASE, la PLUS e la EXTRA);
- e) la nuova garanzia a carattere preventivo della Sindrome Metabolica (per la BASE, la PLUS e la EXTRA);
- f) la nuova garanzia della Obesità Infantile (per la BASE, la PLUS e la EXTRA).

Le informazioni descrittive concernenti tutte le numerose altre garanzie delle polizze in argomento (confermate senza modifiche per il 2025) sono presenti nelle apposite Guide ai Piani Sanitari BASE, PLUS ed EXTRA, reperibili nel sito della Cassa scrivente (<https://welfare.bancopopolare.it/assistenza-sanitaria/cassa-assistenza-gruppo-bp/unisalute-guida-ai-piani-sanitari/>), nonché, in forma sintetica, nella circolare n. 88/2023, sempre reperibile nel sito della Cassa (<https://welfare.bancopopolare.it/assistenza-sanitaria/cassa-assistenza-gruppo-bp/circolari-e-documenti/>).

Si precisa che le Guide in questione sono al momento in corso di aggiornamento da parte della compagnia e pertanto attualmente, pur consultabili, non recano ancora gli innalzamenti dei massimali di cui ai punti da a) a d) sopra evidenziati; le nuove garanzie di cui ai punti e) ed f) sono invece già descritte nell'*allegato 1* unito alla presente circolare.

3) - RICHIESTE DI VARIAZIONE DEL NUCLEO ASSICURATO

(N.B. – il presente paragrafo tratta esclusivamente delle eventuali richieste di variazioni del nucleo dei familiari assicurati che gli associati in servizio ed in esodo intenderanno effettuare per il 2025)

Tutte le tipologie di variazioni del nucleo dei familiari assicurati, come già lo scorso anno, potranno essere effettuate **accedendo direttamente dall'Area Riservata Unisalute al "Portale per le variazioni e le nuove iscrizioni ai Piani Sanitari", al momento non ancora attivo.**

Pertanto, gli associati potranno effettuare tutte le possibili tipologie di variazione desiderate soltanto dopo aver ricevuto un'apposita e-mail da caspop@portaleadesione.it, che recherà le istruzioni di utilizzo dello stesso, comunque anche già riportate di seguito nella presente circolare (cfr. successivo riquadro "Istruzioni – Utilizzo del Portale per le variazioni e le nuove iscrizioni ai Piani Sanitari").

Variazioni del nucleo con effetto 1° gennaio

Le variazioni possibili con effetto 1° gennaio 2025 riguardanti i familiari sono:

- l'inclusione in copertura in caso di nascita/matrimonio/inizio convivenza
- l'esclusione dalla copertura
- la variazione del carico fiscale da "a carico" a "non a carico" e viceversa; i limiti di reddito, che qualificano la condizione di "soggetto fiscalmente a carico", sono



attualmente € 4.000 per i figli di età inferiore a 24 anni, nonché di € 2.840,51 per tutti gli altri soggetti.

Si evidenzia che tutte le variazioni con effetto 1° gennaio 2025 si renderanno possibili fino alla data di lunedì 17 marzo 2025; laddove le stesse non vengano effettuate entro tale data, saranno considerati confermati i dati già presenti nell'anagrafica.

Variazioni del nucleo in corso d'anno successive alla data del 17 marzo 2025

Nel periodo successivo alla data del 17 marzo e per tutta la restante parte del corrente anno saranno esclusivamente consentite eventuali inclusioni in copertura di nuovi familiari in caso di nascita/matrimonio/inizio convivenza, nonché le variazioni del carico fiscale dei familiari già presenti in copertura, limitatamente ai casi di passaggio da "a carico" a "non carico".

In caso di inclusione di un familiare, ai soli fini del pagamento del premio, resta inteso che:

- se l'inclusione avviene con effetto entro il 30 giugno 2025, la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene con effetto dal 1° luglio 2025, verrà corrisposto il 60% dell'intero premio annuo.

In caso di variazione del carico fiscale da "a carico" a "non a carico", si richiama l'attenzione degli Associati sulla **necessità di inserire tempestivamente nel "Portale per le variazioni e le nuove iscrizioni", per ciascun beneficiario inserito nel proprio nucleo come "fiscalmente a carico", la perdita di tale requisito e dunque l'acquisita qualifica di "fiscalmente non a carico" per effetto del superamento del limite di reddito lordo annuo previsto dalla normativa vigente.**

Si ribadisce pertanto che la variazione da "non fiscalmente a carico" a "fiscalmente a carico" potrà avvenire solo fino al 17 marzo 2025, nel rispetto dei già sopra evidenziati limiti di reddito.

ISTRUZIONI – Utilizzo del "Portale per le variazioni e le nuove iscrizioni ai Piani Sanitari": gli step fondamentali e i documenti necessari ai fini del perfezionamento della variazione e/o del nuovo inserimento desiderati:

- nella sezione "Info e Documenti", che si propone una volta fatto accesso al "Portale per le variazioni e le nuove iscrizioni ai Piani Sanitari", sono reperibili, oltre alle "Informazioni Utili", anche i "Documenti a supporto" che necessitano di essere visionati attentamente prima di procedere alle variazioni che si intendono effettuare;
- tra i "Documenti a supporto" sono presenti, in particolare, i modelli di autocertificazione (mod. A per le esclusioni, mod. B per le inclusioni e mod. C per le variazioni del carico fiscale) che devono essere compilati, sottoscritti e caricati nel portale in argomento tramite up-load, unitamente - laddove richiesto nel modello specifico di autodichiarazione utilizzato - alla documentazione necessaria a supporto, come ad es. il certificato di matrimonio o quello di nascita nel caso di inclusione (ove si renda necessario unire il modello di autocertificazione ad un documento a supporto, occorre preventivamente creare un unico pdf);
- per poter effettuare l'up-load dei documenti occorrenti come sopra indicato, si rende necessario fare accesso nella sezione Caspop dipendenti indicante il piano assicurativo di pertinenza (posizionata a destra della sezione "Info e Documenti") dove si rende necessario, nel seguente ordine: 1) verificare i dati personali del titolare della polizza, dando conferma della propria e-mail nel campo apposito, 2) inserire i dati richiesti per la tipologia di variazione da attuare, 3) effettuare l'up - load dei documenti, 4) flaggare la dichiarazione di presa visione della informativa privacy, 5) agire infine sull'apposito tasto di conferma finale.



Tutte le tipologie di variazioni sopra richiamate (sia quelle avvengono prima del 17 marzo, sia quelle che possono avvenire successivamente) sono perfezionate nel momento in cui l'associato riceve da NoReply@unisalute.it la comunicazione e-mail di conferma della variazione medesima nel piano sanitario di pertinenza, con l'allegato modulo riassuntivo dei dati inseriti.

Tale modulo, anche recante il consenso al trattamento dei dati, deve in ogni caso essere restituito firmato a caspop@bancobpm.it, nonché a modulistica@unisalute.it, **entro 30 giorni** dal ricevimento da NoReply@unisalute.it della predetta comunicazione e-mail di conferma della variazione.

Si riepilogano di seguito, per la corretta esecuzione delle variazioni dei familiari, **le condizioni normative a cui le medesime sono subordinate.**

Esclusione di un familiare già presente in polizza, di cui al modello A:

può avvenire soltanto fino alla data del 17 marzo 2025 sopra indicata; nel modello medesimo sono indicate le casistiche di esclusione e i documenti personali da produrre per ciascuna casistica, di cui occorre fare l'*up-load* unitamente al modello medesimo.

Inclusione di un nuovo familiare in caso di nascita/matrimonio/inizio convivenza, di cui al modello B:

- **può avvenire al verificarsi dell'evento e dunque in ogni momento dell'anno, tenendo conto delle seguenti indicazioni: essa dovrà essere tempestivamente effettuata successivamente all'annotazione dell'evento sullo stato di famiglia dell'Associato:** se la variazione viene effettuata e perfezionata entro 30 giorni dall'evento (ad es. la nascita), la copertura decorrerà dalla data dell'evento; se la variazione - sempre nel rispetto della massima tempestività dell'annotazione sullo stato di famiglia e dell'inserimento a portale dei dati richiesti - venga effettuata e perfezionata oltre i 30 giorni, la copertura decorrerà dal primo giorno del mese in cui la variazione medesima ha trovato perfezionamento;
- **in assenza di obiettive e documentate motivazioni giustificative indipendenti dalla mera decisionalità dell'associato, non potrà procedersi all'inserimento in copertura di un nuovo nato e/o di un coniuge/convivente, se la richiesta di variazione venga effettuata superato il termine di 3 mesi dall'evento;**
- i figli fiscalmente a carico di due associati tra loro coniugati dovranno essere inseriti a scelta in una soltanto delle posizioni 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, per i quali sia stata disdettata la copertura, non possono essere iscritti nuovamente; pertanto, l'eventuale esclusione di un familiare dal proprio nucleo comporta la conseguente definitiva esclusione dalla Cassa di Assistenza;**
- inoltre, nel caso in cui l'associato abbia richiesto l'esclusione di un proprio familiare, tale richiesta non potrà ovviamente essere accolta se per detto familiare sia stata inoltrata alla compagnia una qualsivoglia richiesta di ristoro economico (in forma diretta o indiretta) avente data collocata nell'anno a partire dal quale ha valenza l'esclusione di cui trattasi.

Variazioni del carico fiscale, di cui al modello C:



entro la data del 17 marzo 2025 sopra indicata, possono avvenire sia il passaggio da “non a carico” ad “a carico” sia quello da “a carico” a “non a carico”; successivamente a tale data, come già precisato, può avvenire soltanto il passaggio da “a carico” a “non a carico”.

Con riferimento a tutte le dichiarazioni prodotte dagli associati per i relativi nuclei familiari in copertura, ivi comprese quelle relative ai carichi fiscali, si fa presente che la Cassa accetta 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 tuttavia di procedere, anche nel corso del corrente anno, ad una ricognizione (generalizzata o per determinate categorie di Associati) finalizzata alla verifica della corretta attribuzione del carico fiscale dei 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 controlli a campione sulle autocertificazioni prodotte.

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

Quanto alle modalità di accesso al servizio *on-line* di UNISALUTE per usufruire, sia delle prestazioni in convenzione, sia di quelle in forma rimborsuale, le necessarie indicazioni sono fornite nell'allegato 2 della circolare n. 88/2023 e nei correlati documenti (sia detta circolare che i correlati documenti sono pubblicati nel sito della Cassa scrivente: <https://welfare.bancopopolare.it/assistenza-sanitaria/cassa-assistenza-gruppo-bp/circolari-e-documenti/>).

4) - 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, quanto alle modalità ed alla tempistica di costituzione dello stesso, deve farsi riferimento a quanto sopra evidenziato in tema di variazioni con effetto 1° gennaio nonché di quelle successive in corso d'anno;
- possono confluire nel nucleo allargato i **figli** (con il relativo nucleo familiare, costituito da **nuora** o **genero** e **nipoti**) usciti dal nucleo familiare dell'Associato (ossia non più presenti nello stato di famiglia del titolare);



- 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/i, sottoscritto/i e completo/i di autorizzazione al trattamento dei dati personali - **lo stato di famiglia**.

5) - RECESSO INDIVIDUALE DALL'ASSOCIAZIONE

L'art. 6 dello Statuto della Cassa prevede la possibilità di recesso individuale secondo i termini e le modalità previsti dall'art. 6 lettera c) del regolamento Generale della Cassa, che di seguito si rappresentano.

La facoltà di recesso è esercitabile entro il 30 giugno 2025 ed avrà valenza a decorrere dal 1° gennaio 2026. Si evidenzia inoltre 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.

Esclusivamente nel caso di modificazione delle condizioni di copertura assicurativa - per variazione dei costi o delle prestazioni - agli associati che siano in pensione, aderenti al Fondo di solidarietà e superstiti è consentito il recesso nel termine di 15 giorni dalla data di comunicazione delle nuove condizioni, salvo diverso termine specificamente stabilito dal Consiglio di amministrazione.

La comunicazione di recesso deve essere trasmessa per raccomandata con avviso di ricevimento alla sede legale della Cassa (via Negroni 12 - 28100 – Novara).

CASSA DI ASSISTENZA DEL GRUPPO
BANCO POPOLARE



Allegato 1

LE NUOVE GARANZIE PREVISTE A VALERE DAL 1° GENNAIO 2025 SENZA DISTINZIONI PER TUTTE LE COPERTURE SANITARIE

1 SINDROME METABOLICA (garanzia operante per il solo titolare)

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà **compilare il questionario** raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" alla Società.

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito della valutazione tramite e-mail mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

La Società fornirà all'assicurato, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

La Società comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato dalla Società (via e-mail, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sottoindicate da **effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari **potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale.** Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, l'Assicurato potrà richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, l'applicazione di "tariffe agevolate", riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. **Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente fra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad UniSalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.**



1.1 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI DI VALUTAZIONE DELLA SINDROME METABOLICA (garanzia operante per il solo titolare)

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stato di Sindrome Metabolica, ancorché non ancora conclamata, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere **effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, in un'unica soluzione.**

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

2 PREVENZIONE OBESITA' INFANTILE

La garanzia è prestata a favore dei figli del titolare, **di età compresa tra i 4 e 18 anni**, già in copertura oppure inseriti in polizza per la sola garanzia "PREVENZIONE OBESITA' INFANTILE", mediante procedura di adesione online disponibile sul sito www.unisalute.it, con contestuale richiesta di attivazione della garanzia stessa.

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà **compilare un questionario dati** volto ad individuare eventuali **stati di rischio di obesità nei figli da 4 a 18 anni**, raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" alla Società.

La Società provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà al genitore assicurato tramite e-mail, l'esito delle valutazioni, mettendo a disposizione una tabella con dati e consigli personalizzati su una corretta alimentazione e attività fisica, sull'area riservata del sito internet accessibile tramite username e password.

Saranno altresì fornite indicazioni e consigli su comportamenti e stili di vita corretti in merito ad alimentazione e attività fisica, rivolti all'assicurato per i propri figli, anche in collaborazione con un medico UniSalute.

Solo nel caso in cui i parametri rilevati dalla compilazione del questionario indichino che il figlio si trovi in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento di **una visita specialistica dal pediatra/dietologo da effettuarsi in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Poiché gli indicatori di tali stati devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà a contattare il genitore assicurato via e-mail una volta al mese per un periodo di tre mesi, richiedendo l'inserimento di peso e altezza del figlio.

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.