



Ai Signori Associati ex Dipendenti
aderenti al Fondo di Solidarietà

Circolare N° 89/2023

Novara, 27 gennaio 2023

OGGETTO: COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE - ANNO 2023

Il contesto di mercato evidenzia una sempre maggiore domanda di protezione salute e una crescente pressione sulla tenuta tecnica delle polizze malattia. Come noto, il sistema sanitario nazionale non è più in grado di garantire lo stesso livello di assistenza del passato e ciò ha comportato, quale naturale conseguenza, un maggior ricorso al regime privatistico e pertanto un utilizzo più frequente delle coperture assicurative rimborso spese mediche.

Le principali criticità che interessano il sistema sanitario pubblico sono principalmente riconducibili a:

- Progressivo invecchiamento della popolazione italiana. L'Italia è il primo paese europeo per anzianità della popolazione, con il 23% di cittadini con età oltre i 65 anni. Nei prossimi 30 anni la percentuale della popolazione con un'età superiore ai 65 anni aumenterà di circa 12 punti percentuali raggiungendo il 35% nel 2050.
- Crescente incidenza delle malattie croniche (ca. 40% della popolazione). La prevalenza delle malattie croniche è in aumento di 1-2 p.p. dal 2010 (tra le cause proprio l'invecchiamento della popolazione).
- Sempre maggior attenzione alla salute e al benessere. L'82% degli Italiani dichiara di seguire uno stile di vita salutare, il 67% svolge regolarmente visite e/o accertamenti di prevenzione e l'84% dei cittadini condivide l'importanza della promozione dell'educazione sanitaria.
- Riduzione della copertura sanitaria pubblica. La spesa sanitaria pubblica sul totale della spesa sanitaria è in diminuzione dal 78% del 2008 al 74% del 2019 (il 2020 non è significativo causa Covid); per contro, vi è una costante crescita della spesa privata che risulta in aumento negli anni pre-pandemia (3,2% annuo), attestandosi nel 2021 vicina ai livelli del 2019 (con il solo ulteriore 0,6% di aumento), dopo la leggera contrazione del 2020 per via della limitata possibilità di accesso alle strutture sanitarie durante il periodo pandemico.
- Carenza di personale clinico. La domanda crescente di servizi sanitari genererà una carenza di personale clinico di oltre 80 000 unità entro il 2028.

Queste dinamiche hanno un impatto diretto sull'inflazione sanitaria registrata; in particolar modo negli anni recenti, stiamo assistendo ad una revisione delle politiche assuntive dei rischi da parte del mercato assicurativo, che, oltre all'obiettivo di recuperare marginalità, assumono atteggiamenti prudenziali per i piani sanitari.

La trattativa per il rinnovo dei piani per il biennio 2023/2024 è iniziata con l'invito rivolto alle principali Compagnie operanti nel ramo infortuni/malattie a manifestare il loro interesse a partecipare a un *contest* per rilasciare la loro migliore offerta per l'assunzione del rischio.

Le Compagnie Assicurative che hanno deciso di partecipare al *contest*, e di conseguenza formalizzare la loro migliore quotazione, sono state ISP RBM (con la quale già erano in essere le coperture assicurative degli Associati Caspop) e UNISALUTE, mentre gli altri player del mercato hanno preferito non aderire.

Le Compagnie in questione hanno formulato e rilasciato le loro proposte, sia sulla base di



un'attenta valutazione delle attuali condizioni normative e liquidative previste dai piani sanitari, sia in esito ad un'analisi dettagliata delle statistiche riferite agli andamenti dei sinistri dei vari programmi sanitari.

Tale analisi ha evidenziato come nelle ultime annualità i dati riferiti ai sinistri liquidati dall'Assicuratore abbiano registrato un netto e sistematico peggioramento nel tempo, portando i piani sanitari ad un andamento particolarmente negativo, anche direttamente indotto, come già evidenziato in esordio, dalle criticità del sistema sanitario pubblico ed in particolare dal maggior ricorso al regime privatistico e dalla crescente pressione sulla tenuta tecnica delle polizze di malattia.

Il volume dei sinistri pagato dalla Compagnia assicuratrice è dunque risultato fortemente superiore rispetto ai premi assicurativi versati dalla Cassa: tale fattore ha costituito la principale motivazione per la quale gli altri player del mercato hanno preferito non aderire al contest.

Entrambe le quotazioni rilasciate dalle due Compagnie che hanno scelto di partecipare, ISP RBM e UNISALUTE, hanno previsto pertanto dei **correttivi importanti per dare nuovo equilibrio e stabilità ai piani sanitari.**

A seguito del rilascio delle quotazioni, la Caspop ha valutato e confrontato attentamente le proposte ricevute, oltre ad aver tenuto un'audizione con entrambe le Compagnie con la finalità di porre e ricevere riscontri su quesiti specifici riguardanti i principali aspetti di interesse, nonché relativi alle seguenti tre macroaree: piattaforma tecnologica, livelli di servizio, network di strutture convenzionate.

Tale procedura, già sperimentata in passato, ha consentito al CdA della Cassa di valutare le offerte pervenute, non solo sulla base di elementi di natura economica, ma anche qualitativa.

Il CdA della Cassa, con delibera del 7.12.2022, ha individuato come offerta migliore - sia in termini economici e liquidativi che di servizio - quella di Unisalute, che pertanto si è aggiudicata il *contest* diventando il nuovo Assicuratore delle coperture sanitarie della Caspop a partire dal 01.01.2023.

UNISALUTE ha garantito la continuità nei prodotti/servizi offerti agli Associati, in particolare per ciò che riguarda la gestione delle pratiche di Assistenza Diretta (attraverso il Network Unisalute), la liquidazione dei sinistri e la piattaforma telematica **che è a disposizione degli associati a far data dal 30.1.2023.**

Per quanto concerne gli aspetti normativo/gestionali relativi alle coperture 2023, 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 hanno 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.

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 giovedì 16 febbraio 2023.**



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

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

Dall'andamento fortemente negativo dei piani è conseguito un incremento di costo delle suddette polizze pari al 28%. Di seguito riportiamo i nuovi premi per l'anno 2023.

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

Premio Assicurativo per "Garanzie Base"	€ 803
Premio Assicurativo per "Garanzie Base+Plus"	€ 1.087
Premio Assicurativo per "Garanzie Base+Extra"	€ 2.065

Le contribuzioni aziendali permangono come già in atto nell'anno 2022, sulla base degli accordi sindacali in vigore.

Per quanto riguarda invece il pagamento della quota del premio complessivo annuo di competenza dell'ex dipendente aderente a Fondi di Solidarietà, viene confermata la facilitazione riservata agli Associati in quiescenza / aderenti al Fondo di Solidarietà: l'importo complessivo verrà addebitato in sei tranches di uguale importo (da maggio a ottobre), nell'anno di riferimento. Per evidenti e imprescindibili ragioni di carattere operativo, tutti gli Associati interessati sono pregati di voler comunicare con la massima tempestività eventuali variazioni dell'Iban sul quale dovranno essere effettuati tali addebiti (indirizzo e-mail caspop@bancobpm.it).

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 € 383	pro capite
- per le "Garanzie Base con integrazione PLUS"	in € 566	pro capite
- per le "Garanzie Base con integrazione EXTRA"	in € 841	pro capite

Poiché i 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 verranno pubblicate non appena disponibili sul sito Internet www.welfare.bancopopolare.it.

Nell'Allegato 1 sono comunque anticipati i Quadri sinottici riassuntivi delle nuove coperture sanitarie entrate in vigore dal 1 gennaio 2023 (con indicate in carattere rosso le variazioni intervenute).



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

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

Ricordiamo che questo tipo di coperture, offerte in forma "collettiva", offrono tutta 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..).

Quanto alle modalità operative concernenti la conferma del nucleo da assicurare, le variazioni dello stesso e le ulteriori disposizioni regolamentari (ad esempio il "nucleo allargato"), occorre fare riferimento – sia per Piano Sanitario "BASE" che per quelli "PLUS" ed "EXTRA" - all'apposito Allegato 2 della presente Circolare.

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 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 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 del nuovo assicuratore UNISALUTE per usufruire, sia delle prestazioni in convenzione, sia di quelle in forma rimborsuale, le necessarie indicazioni sono fornite nell'allegato 3 e nei correlati documenti trasmessi unitamente alla presente.

Cordiali saluti.

CASSA DI ASSISTENZA DEL GRUPPO
BANCO POPOLARE



Allegato 1 – QUADRI SINOTTICI 2023

QUADRO SINOTTICO CASPOP PIANO BASE

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

Opzione	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A) Ricovero con/senza intervento, Day Hospital, intervento ambulatoriale, Interventi chirurgici Odontoiatrici Ricovero con intervento, parto cesareo, Day Hospital con intervento, Intervento chirurgico miopia, Intervento chirurgico odontoiatrico	
Massimale	€ 200.000,00
Massimale Grandi Interventi Condizioni:	raddoppio del massimale Ricoveri
- diretta <ul style="list-style-type: none">• Strutture non "TOP"• Strutture "TOP"	<ul style="list-style-type: none">• scoperto 15%• scoperto 30%
- rimborso <ul style="list-style-type: none">• Strutture non "TOP"• Strutture "TOP"	<ul style="list-style-type: none">• scoperto 30% minimo € 600,00• scoperto 30% minimo € 600,00
- Ticket	al 100%
Ricovero senza intervento, parto naturale, Day Hospital senza intervento	
Massimale	€ 200.000,00
- diretta <ul style="list-style-type: none">• Strutture non "TOP"• Strutture "TOP"	<ul style="list-style-type: none">• scoperto 10%• scoperto 20%
- rimborso <ul style="list-style-type: none">• Strutture non "TOP"• Strutture "TOP"	<ul style="list-style-type: none">• scoperto 20% minimo € 600,00• scoperto 20% minimo € 600,00
- Ticket	al 100%
Limite retta di degenza	
- diretta	al 100%
- rimborso	limite € 360,00 al giorno
Accompagnatore	<i>escluso per DH</i>
- diretta	al 100%
- rimborso	€ 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni
Assistenza infermieristica privata individuale	<i>escluso per DH, Int. Ambulatoriale, Parto/Aborto</i> € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni
Pre/post (*)	100 / 100 giorni (in caso di Trapianto 180 / 180 giorni)



	<i>Post escluse per DH senza intervento</i>
Trasporto sanitario	<i>escluso per DH senza intervento - € 1.500 per ricovero</i>
Sub massimali (*) - Intervento Chirurgico Ambulatoriale Massimale - diretta - rimborso - Intervento chirurgico miopia (Laser) - Parto Cesareo - Parto Naturale ed Aborto terapeutico - Interventi particolari - diretta - rimborso - Colectomia - Meniscectomia/legamenti crociati - Rimozione mezzi di sintesi - Intervento alla spalla - Ernia inguinale - Emorroidi - Adenotonsillectomia - Cataratta	€ 2.600,00 SOLO per Rimborso <ul style="list-style-type: none">• Franchigia € 250 (eliminaz. Submassimale)• Franchigia € 500 € 1.200,00 per occhio € 7.000,00 € 4.000,00 come previsto al punto Ricoveri come previsto al punto Ricoveri <u>con i seguenti sottolimiti:</u> € 6.300,00 € 7.500,00 € 6.300,00 € 6.300,00 € 4.500,00 € 4.500,00 € 4.500,00 € 2.500,00
Rimpatrio Salma	entro il massimale A - Ricoveri
Indennità sostitutiva Pre/post	€ 70,00 al giorno massimo 180 giorni Anno/Persona in alternativa all'indennità: 100 / 100 giorni
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B) Alta Specializzazione Massimale Condizioni: - diretta - rimborso Ticket	€ 7.000,00 franchigia fissa € 45,00 per prestazione scoperto 30% minimo € 85,00/invio-patologia al 100%
C) Visite specialistiche, accertamenti diagnostici Visite Specialistiche / Accertamenti Diagnostici Massimale Condizioni: - diretta - rimborso Ticket	Visite omeopatiche SOLO in forma rimborsuale entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia fissa € 45,00 per prestazione scoperto 30% minimo € 85,00/invio-patologia al 100%



D) Medicinali, anche omeopatici Massimale Condizioni:	entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia fissa € 18,00 per confezione
E) Cure oncologiche Massimale Condizioni:	€ 30.000,00 al 100%
F) Agopuntura Massimale Condizioni:	<i>SOLO in forma rimborsuale</i> entro il massimale di B-Alta Specializzazione scoperto 20% minimo € 60,00 per fattura
G) Amniocentesi e Villocentesi Massimale Condizioni:	entro il massimale di B-Alta Specializzazione come garanzia B-Alta Specializzazione
H) Lenti/ montature Massimale Condizioni:	€ 150,00 franchigia € 25,00 per fattura
I) Protesi ortopediche/acustiche Massimale Condizioni	€ 2.000,00 scoperto 20% minimo € 100,00 per fattura
J) Prestazioni di Pronto Soccorso Massimale Condizioni:	€ 1.000,00 al 100%
K) Psicomotricità Massimale Condizioni:	€ 500,00 al 100%
L) Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi Massimale Condizioni: - diretta - rimborso Ticket	sub-massimale € 1.500,00 entro il massimale di B-Alta Specializzazione scoperto 10% minimo € 50,00 prest-ciclo scoperto 40% minimo € 150,00 prest-ciclo al 100%
M) Cure dentarie da Infortunio Massimale Condizioni: - Diretta - Rimborso Ticket	entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia € 35,00 per prestazione scoperto 35% minimo 60,00/invio-infortunio 100%
N) Cure dentarie da Malattia (solo otturazione) Massimale Condizioni:	€ 200,00 al 100%
O) Stati di non autosufficienza temporanee (nuova garanzia)	€ 500,00 mese x 6 max mesi

(*): le condizioni di ricovero si applicano anche alle prestazioni con sub massimali, salvo quanto espressamente indicato.



QUADRO SINOTTICO CASPOP PIANO PLUS

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

Opzione	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A) Ricovero con/senza intervento, Day Hospital, intervento ambulatoriale, Interventi chirurgici Odontoiatrici	
Ricovero con intervento, parto cesareo, Day Hospital con intervento, Intervento chirurgico miopia, Intervento chirurgico odontoiatrico	
Massimale	€ 250.000,00
Massimale Grandi Interventi Condizioni:	raddoppio del massimale Ricoveri
- diretta	
• Strutture non "TOP"	• scoperto 15%
• Strutture "TOP"	• scoperto 30%
- rimborso	
• Strutture non "TOP"	• scoperto 30% minimo € 600,00
• Strutture "TOP"	• scoperto 30% minimo € 600,00
- Ticket	al 100%
Ricovero senza intervento, parto naturale, Day Hospital senza intervento	
Massimale	€ 250.000,00
- diretta	
• Strutture non "TOP"	• scoperto 10%
• Strutture "TOP"	• scoperto 20%
- rimborso	
• Strutture non "TOP"	• scoperto 20% minimo € 600,00
• Strutture "TOP"	• scoperto 20% minimo € 600,00
- Ticket	al 100%
Limite retta di degenza	
- diretta	al 100%
- rimborso	limite € 360,00 al giorno
Accompagnatore	<i>escluso per DH</i>
- diretta	al 100%
- rimborso	€ 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni



Assistenza infermieristica privata individuale	<i>escluso per DH, Int. Ambulatoriale, Parto/Aborto</i> € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni
Pre/post (*)	120 / 120 giorni (in caso di Trapianto 180 / 180 giorni) <i>Post escluse per DH senza intervento</i>
Trasporto sanitario	<i>escluso per DH senza intervento</i> - € 1.500 per ricovero
Sub massimali (*) - Intervento Chirurgico Ambulatoriale Massimale	€ 4.000,00 SOLO per Rimborso
- diretta	• Franchigia € 250 (eliminaz. Submassimale)
- rimborso	• Franchigia € 500
- Intervento chirurgico miopia (Laser)	€ 1.200,00 per occhio
- Parto Cesareo	€ 7.000,00
- Parto Naturale ed Aborto terapeutico	€ 4.000,00
- Interventi particolari	come previsto al punto Ricoveri
- diretta	come previsto al punto Ricoveri <u>con i seguenti sottolimiti:</u>
- rimborso	
- Colecistectomia	€ 6.300,00
- Meniscectomia/legamenti crociati	€ 7.500,00
- Rimozione mezzi di sintesi	€ 6.300,00
- Intervento alla spalla	€ 6.300,00
- Ernia inguinale	€ 4.500,00
- Emorroidi	€ 4.500,00
- Adenotonsillectomia	€ 4.500,00
- Cataratta	€ 2.500,00
Rimpatrio Salma	entro il massimale A - Ricoveri
Indennità sostitutiva Pre/post	€ 80,00 al giorno massimo 200 giorni Anno/Persona in alternativa all'indennità: 120 / 120 giorni
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B) Alta Specializzazione Massimale	€ 8.500,00
Condizioni:	
- diretta	franchigia fissa € 45,00 per prestazione
- rimborso	scoperto 30% minimo € 85,00/invio-patologia
Ticket	al 100%



C) Visite specialistiche, accertamenti diagnostici Visite Specialistiche / Accertam. Diagnostici Massimale Condizioni: - diretta - rimborso Ticket	visite omeopatiche <i>SOLO</i> in forma rimborsuale entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia fissa € 45,00 per prestazione scoperto 30% minimo € 85,00/invio-patologia al 100%
D) Medicinali, anche omeopatici Massimale Condizioni:	entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia fissa € 18,00 per confezione
E) Cure oncologiche Massimale Condizioni:	€ 30.000,00 al 100%
F) Agopuntura Massimale Condizioni:	<i>SOLO in forma rimborsuale</i> entro il massimale di B-Alta Specializzazione scoperto 20% minimo € 60,00 per fattura
G) Amniocentesi e Villocentesi Massimale Condizioni:	entro il massimale di B-Alta Specializzazione come garanzia B-Alta Specializzazione
H) Lenti/ montature Massimale Condizioni:	€ 150,00 franchigia € 25,00 per fattura
I) Protesi ortopediche/acustiche Massimale Condizioni:	€ 2.000,00 scoperto 20% minimo € 100,00 per fattura
J) Prestazioni di Pronto Soccorso Massimale Condizioni:	€ 1.000,00 al 100%
K) Psicomotricità Massimale Condizioni:	€ 500,00 al 100%
L) Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi Massimale Condizioni: - diretta - rimborso Ticket	sub-massimale € 1.500,00 entro il massimale di B-Alta Specializzazione scoperto 10% minimo € 50,00 prest-ciclo scoperto 40% minimo € 150,00 prest-ciclo al 100%
M) Cure dentarie da Infortunio Massimale Condizioni: - Diretta - Rimborso Ticket	entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia € 35.00 per prestazione scoperto 35% minimo 60,00/invio-infornio 100%



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

N) Cure dentarie da Malattia	
Massimale	€ 350,00
Condizioni:	scoperto 35% minimo di € 100,00 per evento
O) Stati di non autosufficienza temporanee (nuova garanzia)	€ 500,00 mese x 6 max mesi

(*): le condizioni di ricovero si applicano anche alle prestazioni con sub massimali, salvo quanto espressamente indicato.



QUADRO SINOTTICO CASPOP PIANO EXTRA

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

Opzione	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A) Ricovero con/senza intervento, Day Hospital, intervento ambulatoriale, Interventi chirurgici Odontoiatrici	
Ricovero con intervento, parto cesareo, Day Hospital con intervento, Intervento chirurgico miopia, Intervento chirurgico odontoiatrico	
Massimale	€ 300.000,00
Massimale Grandi Interventi Condizioni:	raddoppio del massimale Ricoveri
- diretta	
• Strutture non "TOP"	• scoperto 15%
• Strutture "TOP"	• scoperto 30%
- rimborso	
• Strutture non "TOP"	• scoperto 30% minimo € 600,00
• Strutture "TOP"	• scoperto 30% minimo € 600,00
- Ticket	al 100%
Ricovero senza intervento, parto naturale, Day Hospital senza intervento	
Massimale	€ 300.000,00
- diretta	
• Strutture non "TOP"	• scoperto 10%
• Strutture "TOP"	• scoperto 20%
- rimborso	
• Strutture non "TOP"	• scoperto 20% minimo € 600,00
• Strutture "TOP"	• scoperto 20% minimo € 600,00
- Ticket	al 100%
Limite retta di degenza	
- diretta	al 100%
- rimborso	limite € 360,00 al giorno + 30% dell'eccedenza
Accompagnatore	<i>escluso per DH</i>
- diretta	al 100%
- rimborso	€ 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni
Assistenza infermieristica privata individuale	€ 50,00 al giorno - <i>escluso per DH, Int. Ambulatoriale, Parto/Aborto</i>
Pre/post (*)	150 / 150 giorni (in caso di Trapianto 180 / 180 giorni) <i>Post escluse per DH senza intervento</i>
Trasporto sanitario	<i>escluso per DH senza intervento</i> - € 1.500 per ricovero



Sub massimali (*) - Intervento Chirurgico Ambulatoriale Massimale - diretta - rimborso - Intervento chirurgico miopia (Laser) - Parto Cesareo - Parto Naturale ed Aborto terapeutico Condizioni - diretta - rimborso	come previsto al punto Ricoveri <ul style="list-style-type: none">• Franchigia € 250• Franchigia € 500 € 1.200,00 per occhio € 7.000,00 € 4.000,00
Rimpatrio Salma	come previsto al punto Ricoveri entro il massimale A - Ricoveri
Indennità sostitutiva Pre/post	€ 100,00 al giorno massimo 300 giorni Anno/Persona in alternativa all'indennità: 150 / 150 giorni
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B) Alta Specializzazione Massimale Condizioni: - diretta - rimborso Ticket	€ 10.000,00 franchigia fissa € 45,00 per prestazione scoperto 30% minimo € 85,00/invio-patologia al 100%
C) Visite specialistiche, accertamenti diagnostici Visite Specialistiche / Accertam. Diagnostici Massimale Condizioni: - diretta - rimborso Ticket	visite omeopatiche SOLO in forma rimborsuale entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia fissa € 45,00 per prestazione scoperto 30% minimo € 85,00/invio-patologia al 100%
D) Medicinali, anche omeopatici Massimale Condizioni:	entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia fissa € 18,00 per confezione
E) Cure oncologiche Massimale Condizioni:	€ 30.000,00 al 100%
F) Agopuntura Massimale Condizioni:	SOLO in forma rimborsuale entro il massimale di B-Alta Specializzazione scoperto 20% minimo € 60,00 per fattura



G) Amniocentesi e Villocentesi Massimale Condizioni:	entro il massimale di B-Alta Specializzazione come garanzia B-Alta Specializzazione
H) Lenti/ montature Massimale Condizioni:	€ 150,00 franchigia € 25,00 per fattura
I) Protesi ortopediche/acustiche Massimale Condizioni	€ 2.000,00 scoperto 20% minimo € 100,00 per fattura
J) Prestazioni di Pronto Soccorso Massimale Condizioni:	€ 1.000,00 al 100%
K) Psicomotricità Massimale Condizioni:	€ 500,00 al 100%
L) Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi Massimale Condizioni: - diretta - rimborso Ticket	sub-massimale € 1.500,00 entro il massimale di B-Alta Specializzazione scoperto 10% minimo € 50,00 prest-ciclo scoperto 40% minimo € 150,00 prest-ciclo al 100%
M) Cure dentarie da Infortunio Massimale Condizioni: - Diretta - Rimborso Ticket	entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia € 35,00 per prestazione scoperto 35% minimo 60,00/invio-infortunio 100%
N) Cure dentarie da Malattia Massimale Condizioni:	€ 1.200,00 scoperto 35% minimo € 200,00 per evento
O) Stati di non autosufficienza temporanee (nuova garanzia)	€ 500,00 mese x 6 max mesi

(*): le condizioni di ricovero si applicano anche alle prestazioni con sub massimali, salvo quanto espressamente indicato.



Allegato 2

MODALITA' OPERATIVE RELATIVE ALLA GESTIONE DELLA POSIZIONE ASSOCIATIVA

RICHIESTE DI VARIAZIONE DEL NUCLEO ASSICURATO

☛ VARIAZIONI DEL NUCLEO CON DECORRENZA 1° GENNAIO 2023

Si rammenta che ogni Associato per modificare la composizione del nucleo assicurato (aggiungendo o escludendo un componente dello stesso) oppure il carico fiscale dei beneficiari già inseriti in tale nucleo (secondo quanto previsto dal Regolamento Generale – Art.4), **con effetto 1° gennaio 2023 dovrà compilare e sottoscrivere** il “MODULO VARIAZIONI ANAGRAFICHE 2023” unito alla presente.

Tale modulo dovrà essere inviato all'indirizzo e-mail della Cassa (caspop@bancobpm.it) con la massima tempestività, comunque entro e non oltre la data del 10 febbraio, unitamente alla documentazione ben leggibile in ogni sua parte, ove richiesta - come da indicazioni presenti nel modulo - per comprovare la variazione segnalata.

Laddove il suddetto modulo non pervenga entro la data sopra indicata, saranno considerati confermati i dati già presenti nell'anagrafica della Cassa.

Si fa inoltre presente che il modulo in argomento dovrà comunque essere inviato rispettando rigorosamente la tempistica sopra indicata (10 febbraio) anche nel caso in cui alla data del 10 febbraio l'associato non fosse in possesso della documentazione comprovante la variazione richiesta; in tal caso l'associato dovrà avere cura di segnalare nella e-mail di trasmissione del modulo alla Cassa, quanto segue:

“Provvederò immediatamente all'invio della documentazione comprovante la variazione richiesta non appena in mio possesso”.

Per quanto ovvio, in assenza della documentazione in argomento, la Cassa non potrà dare corso alla variazione segnalata nel modulo.

Tempistiche di invio delle variazioni del nucleo per gli associati nel Fondo di Solidarietà per i quali non risulta alla Cassa comunicato un indirizzo e-mail

Per gli associati in argomento, per i quali si rende necessario provvedere alla trasmissione cartacea della presente circolare e della relativa documentazione allegata, **il modulo e l'unita documentazione comprovante le variazioni segnalate dovrà pervenire alla Cassa (presso Cassa di Assistenza del Gruppo BP- Ufficio Amministrazione Via Polenghi Lombardo, 13, Lodi), con la massima tempestività e comunque entro e non oltre la data del 28 febbraio.**

Nel raccomandare agli interessati di utilizzare un sistema di postalizzazione rapida per la trasmissione del modulo e della relativa documentazione alla Cassa, si evidenzia che, laddove il suddetto modulo non pervenga entro l'indicata data del 28 febbraio, saranno considerati confermati i dati già presenti nell'anagrafica della Cassa.



Si fa inoltre presente che il modulo in argomento dovrà comunque essere inviato rispettando rigorosamente la tempistica sopra indicata (28 febbraio) anche nel caso in cui alla data del 28 febbraio l'associato non fosse in possesso della documentazione comprovante la variazione richiesta; in tal caso l'associato dovrà avere cura di unire nella busta di invio postale del modulo alla Cassa, foglio/appunto indicante quanto segue:

“Provvederò immediatamente all'invio della documentazione comprovante la variazione richiesta non appena in mio possesso”.

Per quanto ovvio, in assenza della documentazione in argomento, la Cassa non potrà dare corso alla variazione segnalata nel modulo.

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 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 disdegnato la copertura non possono essere iscritti nuovamente.

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

Inoltre, nel caso in cui l'associato intenda richiedere l'esclusione di un proprio familiare, tale richiesta non potrà essere accolta se risulti inoltrata alla compagnia, per il familiare in argomento, una qualsivoglia prestazione sia in forma diretta che indiretta.

☛ VARIAZIONI DEL NUCLEO NEL CORSO DEL 2023

L'inclusione di familiari è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza (more uxorio), ovvero per nascite e per 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 con l'invio della documentazione, come più avanti precisato) 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.

Si evidenzia che la variazione da “non fiscalmente a carico” a “fiscalmente a carico” potrà avvenire solo nella finestra temporale indicata al paragrafo precedente (10 febbraio 2023).

Quanto al limite di reddito di cui sopra, si ricorda che la Legge di Bilancio 2018 ha previsto – con decorrenza 2019 – l'incremento di tale limite a € 4.000 per i soli figli di età inferiore a 24 anni, lasciando inalterato il previgente limite di € 2.840,51 per tutti gli altri soggetti.

Ai soli fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene con effetto entro il 30 giugno 2023, la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene con effetto dal 1° luglio 2023, verrà corrisposto il 60% dell'intero premio annuo.

Anche le variazioni che intervengono nel corso del 2023 dovranno essere inviate all'indirizzo e-mail della Cassa (caspop@bancobpm.it) con la massima tempestività unitamente



alla documentazione ben leggibile in ogni sua parte (ovvero all'indirizzo postale Cassa di Assistenza del Gruppo BP- Ufficio Amministrazione Via Polenghi Lombardo, 13, Lodi, per coloro per i quali non risulta alla Cassa comunicato un indirizzo e-mail).

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 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 2023 ed avrà valenza a decorrere dal 1° gennaio 2024. 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.

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** (con il relativo nucleo familiare, costituito da **nuora** o **genero** e **nipoti**) usciti dal nucleo familiare dell'Associato (cioè 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 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

Allegato 3

MODALITA' OPERATIVE DI UTILIZZO DEI PIANI SANITARI TRAMITE PORTALE WEB UNISALUTE

Per fruire delle prestazioni dei piani sanitari occorre anzitutto registrarsi inserendo i dati richiesti nell'area iscritto Unisalute, a cui è possibile accedere dal sito www.welfare.bancopopolare.it nella sezione dedicata alla Cassa Assistenza Gruppo BP, selezionando il link "Area Iscritto Unisalute".

Nella stessa sezione della Cassa è anche possibile accedere alle istruzioni per l'accesso al portale Unisalute, selezionando il link "Unisalute – Istruzioni per l'accesso al portale" dove sono reperibili i seguenti documenti:

1. Guida alla registrazione sul sito web di Unisalute
2. Scheda completa dei servizi online e app Unisalute
3. Scheda FAQ sito Unisalute
4. Guida alla consultazione della rete convenzionata.

I documenti di cui ai punti 1-2-3 sono inviati unitamente alla presente.

Una volta effettuata la registrazione, si avrà accesso a tutte le operazioni legate all'utilizzo del piano sanitario.

Sempre nella sezione della Cassa, è anche possibile accedere alle guide ai piani sanitari, selezionando il link "Unisalute – guida ai piani sanitari", dove sono reperibili i seguenti documenti:

- Guida Caspop Dipendenti Base 2023
- Guida Caspop Dipendenti Plus 2023
- Guida Caspop Dipendenti Extra 2023
- Guida Caspop Quiescenti Standard 2023
- Guida Caspop Quiescenti Super 2023
- Scheda anamnestica odontoiatrica - Unisalute

Per avere assistenza telefonica relativa al piano sanitario sono disponibili i seguenti contatti:

800 009952 **(numero verde)**
+39 051 6389046 dall'Estero.

La Centrale Operativa di Unisalute è a disposizione degli Assistenti, dal lunedì al venerdì, dalle 8:30 alle 19:30.

Per le richieste di rimborso effettuate in forma cartacea è presente il modulo di denuncia di sinistro/rimborso nella sezione "Prodotti per te"; tale modulo dovrà essere inviato via posta compilato e firmato, insieme a copia della documentazione medica e di spesa all'indirizzo:

UniSalute SpA – Rimborso Clienti
c/o CMP BO – Via Zanardi 30
40131 Bologna (BO)

Invitiamo tutti gli Associati a non inviare al predetto indirizzo alcuna pratica (sia di rimborso che di altro tipo, ad es. moduli di consenso privacy) riguardante l'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva (A.S.A.) in relazione alla quale seguiranno indicazioni.