



Ai Signori Associati ex-Dipendenti
aderenti al Fondo di Solidarietà

Circolare N° 83/2022

Novara, 14 febbraio 2022

OGGETTO: COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE - ANNO 2022

Le polizze "rimborso spese mediche" della Cassa, rinnovate per il biennio 2021-2022 – come illustrato nelle precedenti comunicazioni in materia - con la Compagnia ISP RBM Salute, prevedono per l'**annualità 2022** un **aumento del 2,5 %** sui premi di polizza in corso nel 2021.

Rimangono invariate tutte le altre condizioni di polizza; richiamiamo peraltro l'attenzione degli Associati sui seguenti aspetti tecnico - operativi:

- In caso di ricovero nel S.S.N. l'indennità sostitutiva è riconosciuta in alternativa al rimborso integrale del ticket;
- Se il ricovero è effettuato in assistenza diretta, alle spese pre/post ricovero presentate a rimborso si applica lo scoperto / minimo previsto dal regime rimborsuale al netto della franchigia già calcolata per il ricovero in assistenza diretta;
- Le spese pre /post ricovero effettuate in regime di S.S.N. sono rimborsate senza applicazione di scoperti / franchigie;
- Sono rimborsate le spese per infiltrazioni, distinguendo l'onorario dell'atto medico (rimborsato con le regole delle visite specialistiche) dal costo del medicinale utilizzato (rimborsato come medicinale): in tal caso la fattura dovrà riportare in maniera distinta il costo del medicinale e il costo dell'onorario medico;
- sono rimborsati gli accertamenti diagnostici eseguiti anche presso farmacie;
- in caso di intervento ambulatoriale effettuato in unica seduta nel SSN ed entro il limite di € 100, non sarà necessaria la relazione medica;
- in caso di infortunio occorrerà presentare:
 - il referto di Pronto Soccorso redatto entro 24 ore dall'infortunio (ed obbligatorio in caso di cure dentarie da infortunio);
 - in alternativa, qualora non vi sia stato accesso al Pronto Soccorso, il modulo denuncia infortunio, unitamente al certificato del medico curante attestante le modalità e le conseguenze dell'infortunio occorso;
- è necessario prestare la massima attenzione alla norma contrattuale contenuta nel Capitolo 3 (liquidazione dell'indennizzo) relativa alle prestazioni effettuate tra due annualità, in particolare per ciò che riguarda le prestazioni odontoiatriche;
- è necessario presentare una domanda di rimborso per ogni evento (cioè il singolo ricovero oppure, nelle garanzie extraospedaliere, tutte le visite e accertamenti riguardanti la stessa patologia).

Ovviamente, anche per l'anno in corso ISP RBM Salute ha garantito la piena continuità nei prodotti/servizi offerti agli 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 gli associati, che sarà peraltro oggetto di una nuova release nel corso del 2022, sulla quale daremo adeguata informativa agli Associati.

Per quanto concerne gli aspetti normativo/gestionali relativi alle coperture 2022, 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.

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, fino al momento del pensionamento, 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 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 un'attenta lettura dei testi delle polizze - che sono pubblicate sul sito Internet www.welfare.bancopopolare.it (cui si può accedere anche dal Portale Intr@net in Risorse Umane > Welfare Banco Popolare), seguendo il percorso: Assistenza Sanitaria > Cassa Assistenza Gruppo BP > Tutto sulla Cassa > Le prestazioni - dai quali si potranno ricavare i contenuti delle 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

Premio Assicurativo per "Garanzie Base"	€ 627,00
Premio Assicurativo per "Garanzie Base+Plus"	€ 849,00
Premio Assicurativo per "Garanzie Base+Extra"	€ 1.613,00

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 € 299,00	pro capite
- per le "Garanzie Base con integrazione PLUS"	in € 442,00	pro capite
- per le "Garanzie Base con integrazione EXTRA"	in € 657,00	pro capite

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

Le contribuzioni aziendali permangono come già in atto nell'anno 2021, 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.

Nel rinviare all'attenta lettura dei contratti di polizza per quanto riguarda il Piano Sanitario "Garanzie Base" e le diverse integrazioni allo stesso, previste dalle Garanzie "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 (ad esempio il "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.

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 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



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 2022

Si rammenta che già dal 1° gennaio 2022 (come di consueto) e **fino al 31 marzo 2022**, 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 2022 (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 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 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 2022

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.

Ricordiamo a tal proposito 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 2022, la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene con effetto dal 1° luglio 2022 verrà corrisposto il 60% dell'intero premio annuo.

Si precisa che sia le "VARIAZIONI DEL NUCLEO CON DECORRENZA 1° GENNAIO 2022" che le "VARIAZIONI DEL NUCLEO NEL CORSO DEL 2022" 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 2022, ed avrà valenza a decorrere dal 1° gennaio 2023. 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**.



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
+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:

ISP RBM Salute 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:

ISP RBM Salute SpA
Ufficio Liquidazioni
c/o Area Treviso e Friuli
BANCO BPM



**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).

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@bancobpm.it



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, etc.)

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).