



I DETTAGLI DELL'ACCORDO 22 DICEMBRE 2017 SULLE COPERTURE ASSICURATIVE

Lo scorso 22 dicembre è stato sottoscritto a Bergamo l'Accordo che individua la **forma di assistenza sanitaria integrativa di natura assicurativa** che dal **1° gennaio 2018** e sino al **31.12.2019** sostituisce le polizze in essere nel Gruppo UBI "stand alone".

L'Accordo si inserisce nel percorso di armonizzazione contrattuale, avviato con il "Protocollo di Intesa Sindacale 11 dicembre 2016": la polizza sanitaria a cui l'Accordo fa riferimento rappresenta infatti l'**estensione ai dipendenti UBI Banca** (compresi i colleghi provenienti dalle ex BPA, BPB, BPCI, BRE, BVC e CARIME) e **UBI Pramerica** delle condizioni (prestazioni e franchigie) della **copertura assicurativa valida per UBI Banca** (perimetro ante incorporazione) e per l'ex BPB.

Rimane invece invariato l'ambito dell'assistenza di natura mutualistica: in altri termini nulla cambia per i dipendenti associati al "Fondo Assistenza del Gruppo UBI Banca" (in prevalenza colleghi ex **BBS, UBIS, UBI Leasing, UBI Factor e IWBank**).

Per le cd. "**Bridge banks**" nelle prossime settimane prenderà avvio il confronto per la complessiva armonizzazione contrattuale integrativa. Per **Prestitalia** andranno previste specifiche previsioni in vista del passaggio, dall'1.07.2018, al Contratto Nazionale del Credito.

Ulteriori momenti di confronto sono previsti nell'ambito della Commissione costituita in base all'Accordo allo scopo di dotare dall'1.01.2020 tutti i dipendenti del Gruppo di un'unica copertura sanitaria.

L'Accordo definisce anche le prestazioni in caso di **premorienza** e la copertura assicurativa per **inabilità o morte per infortunio** (professionale ed extraprofessionale).

N.B.: Per un dettaglio preciso dei contenuti delle coperture assicurative rimandiamo alla **lettura integrale della NOTA INFORMATIVA e delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE** in emanazione da parte della Banca nei prossimi giorni. Nell'attesa forniamo una sintesi delle condizioni delle Polizze.

COPERTURA SANITARIA DI NATURA ASSICURATIVA

CONTRIBUZIONE A CARICO DEL DIPENDENTE (PER IL DIPENDENTE E I FAMILIARI)

<p>Dipendente: (vedi di seguito il capitolo "Treatmento della contribuzione a carico del Dipendente")</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 0,40% Retribuzione annua lorda (imponibile TFR) con un limite massimo di € 800 <p><i>Esempio:</i> RAL (imponibile TFR) € 40.000 Contribuzione annua € 160</p>
<p>Familiare:</p> <ul style="list-style-type: none"> – coniuge fiscalmente a carico – figli minori sia a carico che non a carico – figli maggiorenni fino a 26 anni il cui reddito non superi il limite per essere considerati fiscalmente a carico¹ – figli riconosciuti permanentemente inabili al lavoro e appartenenti al nucleo familiare – persone già conviventi in attesa di regolarizzazione di affido pre-adoptivo e in affido 	<p>Per ciascuna persona</p> <ul style="list-style-type: none"> • € 20 per le Aree professionali • € 40 per i Quadri Direttivi • € 70 per i Dirigenti

¹ Per il 2018 il limite di reddito perché un familiare possa essere considerato fiscalmente a carico è pari a € 2.840,51.

Dal 1° gennaio 2019 i limiti saranno i seguenti:

- € 4.000,00 per i figli fino a 24 anni,
- € 2.840,51 per i figli oltre i 24 anni e per le altre tipologie di familiari.

Coniuge non fiscalmente a carico	<ul style="list-style-type: none"> • € 180 per le Aree professionali • € 200 per i Quadri Direttivi • € 300 per i Dirigenti 									
Convivente more uxorio (<u>N.B.</u> nel caso di unioni civili occorre fare riferimento alle previsioni per il coniuge)	0,40% Retribuzione annua lorda (imponibile TFR) con un limite massimo di € 800									
Genitori, se rientranti nei seguenti limiti di reddito ed età	€ 250									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Età</th> <th>Limite annuo individuale</th> <th>Limite annuo cumulato con coniuge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>da 57 a 69 anni compiuti</td> <td>€ 9.000</td> <td>€ 17.000</td> </tr> <tr> <td>da 70 anni in poi</td> <td>€ 12.000</td> <td>€ 23.000</td> </tr> </tbody> </table>		Età	Limite annuo individuale	Limite annuo cumulato con coniuge	da 57 a 69 anni compiuti	€ 9.000	€ 17.000	da 70 anni in poi	€ 12.000	€ 23.000
Età		Limite annuo individuale	Limite annuo cumulato con coniuge							
da 57 a 69 anni compiuti		€ 9.000	€ 17.000							
da 70 anni in poi	€ 12.000	€ 23.000								

* TRATTAMENTO DELLA CONTRIBUZIONE A CARICO DEL DIPENDENTE

- I contributi a carico del personale saranno addebitati in busta paga mediante **trattenuta mensile**.
- Per il pagamento del contributo relativo ai familiari potranno in futuro essere utilizzate **quote di welfare** (derivanti per esempio dal premio aziendale o dal conto welfare).
- I contributi pagati dal dipendente sia per sé che per i familiari e trattenuti in busta paga **non sono soggetti a imposizione contributiva (9,19%) e fiscale (23%, 27%, 38%, 41% o 43%)**. Analogamente non è considerata reddito la quota del premio a carico dell'azienda (e quindi anche su di essa non si pagano i contributi e previdenziali e le tasse).
- In caso di spese sanitarie rimborsate dall'assicurazione, tale regime fiscale non consente - in sede di dichiarazione dei redditi - di portare in detrazione l'intera spesa sanitaria originariamente sostenuta, bensì potrà essere detratta solo la quota non rimborsata.

La misura della **CONTRIBUZIONE** a carico di coloro che accedono alle prestazioni straordinarie del Fondo di solidarietà ("**ESODATI**") e dei **PENSIONATI** sono contenute nella **SCHEDA 1** allegata.

La **SCHEDA 2** riporta invece una **SINTESI DELLE CONDIZIONI DI POLIZZA**.

COPERTURA PER FIGLI OLTRE I 26 ANNI

Per la copertura dei figli, dei dipendenti-esodati-pensionati, dopo il 26° anno di età è prevista la possibilità di un prodotto assicurativo riservato ai dipendenti che ha attualmente i seguenti costi:

- € 380,63 per figli conviventi
- € 484,81 per figli non conviventi.

Chi fosse interessato a questa previsione deve contattare **CARGEAS** al numero **035.4219611**.

CONTATTI E ASSISTENZA

In attesa dell'emanazione della Circolare aziendale contenente le indicazioni utili a fruire delle prestazioni della nuova copertura assicurativa, forniamo i contatti telefonici a cui fare riferimento per gli eventi successivi al 1° gennaio 2018:

MY ASSISTANCE

- numero verde dall'Italia 800.777.701
 - dall'estero o da cellulare +39.02303500777
- dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00.

COMMISSIONE SULL'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Ritenendo comunque non concluso il percorso volto a garantire le migliori coperture sanitarie ai lavoratori di UBI, è stata istituita una apposita Commissione il cui compito sarà quello di definire **dal 1° gennaio 2020 un'unica copertura sanitaria valida per tutto il Gruppo**, valorizzando le **forme mutualistiche** di consolidata tradizione presenti nel Gruppo stesso.

PRESTAZIONI IN CASO DI PREMORIENZA (valida per i Dipendenti e gli Esodati)²

In caso di premorienza, UBI Banca e UBI Sistemi e Servizi forniranno prestazioni consistenti nell'erogazione di € 100.000 direttamente a favore degli aventi diritto.

COPERTURA ASSICURATIVA PER INABILITÀ O MORTE PER INFORTUNIO (valida per i Dipendenti e gli Esodati)²

L'Accordo prevede una copertura per i casi di inabilità o morte derivanti da infortuni occorsi sia in ambito professionale che extraprofessionale.

MASSIMALI

- Invalidità permanente: € 300.000
- Morte: € 200.000

CONTRIBUZIONE

È stabilita una contribuzione annua a carico del dipendente pari allo 0,034% della RAL (*per esempio per RAL di € 40.000 la contribuzione ammonterà a € 13,60 all'anno*).

FRANCHIGIA

- Per infortuni professionali e in itinere: nessuna
- Per infortuni extra professionali: 3% - relativa 7%

Bergamo, 3 gennaio 2018

Coordinamenti di Gruppo UBI
Fabi First-Cisl Fisac-Cgil Uilca-Uil Unisin

² È escluso il personale delle Società Prodotto, di Prestitalia e delle Bridge banks, per cui nelle prossime settimane prenderà avvio il confronto per la complessiva armonizzazione contrattuale.

CONTRIBUZIONE A CARICO DI ESODATI E PENSIONATI

Il premio annuo a carico di tale personale sarà addebitato in 2 rate, di norma nei mesi di maggio e ottobre.

ESODATI

Dipendente in esodo:	<ul style="list-style-type: none"> • € 300 per le ex Aree Professionali • € 450 per gli ex Quadri Direttivi • € 600 per gli ex Dirigenti 		
Le condizioni per i familiari sono quelle previste per i dipendenti in servizio che qui per comodità si riportano:			
Familiare: – coniuge fiscalmente a carico – figli minori sia a carico che non a carico – figli maggiorenni fino a 26 anni il cui reddito non superi il limite per essere considerati fiscalmente a carico* – figli riconosciuti permanentemente inabili al lavoro e appartenenti al nucleo familiare – persone già conviventi in attesa di regolarizzazione di affido pre-adottivo e in affido	Per ciascuna persona <ul style="list-style-type: none"> • € 20 per le Aree professionali • € 40 per i Quadri Direttivi • € 70 per i Dirigenti 		
Coniuge non fiscalmente a carico	<ul style="list-style-type: none"> • € 180 per le Aree professionali • € 200 per i Quadri Direttivi • € 300 per i Dirigenti 		
Convivente more uxorio <i>(N.B. nel caso di unioni civili occorre fare riferimento alle previsioni per il coniuge)</i>	0,40% Retribuzione annua lorda (imponibile TFR) con un limite massimo di € 800		
Genitori, se rientranti nei seguenti limiti di reddito ed età	€ 250		
Età		Limite annuo individuale	Limite annuo cumulato con coniuge
da 57 a 69 anni compiuti		€ 9.000	€ 17.000
da 70 anni in poi		€ 12.000	€ 23.000

PENSIONATI

Destinatari: – Dipendenti delle società già appartenenti al Gruppo UBI “stand alone” alla data del 30.04.2017 già destinatari di forme di assistenza sanitaria integrativa di natura assicurativa, che a decorrere dal 01.01.2018, cessino per quiescenza (“NUOVI PENSIONATI”) – Ex dipendenti delle società già appartenenti al Gruppo UBI “stand alone” alla data del 30.04.2017 già cessati per quiescenza e già beneficiari alla data del 31.12.2017 delle prestazioni della polizza n. 2000069701 (“GIÀ PENSIONATI”)	<ul style="list-style-type: none"> • € 400 per le ex Aree Professionali (€ 200 per i coniugi superstiti a condizione che siano titolari della sola pensione di reversibilità) • € 600 per gli ex Quadri Direttivi (€ 300 per i coniugi superstiti a condizione che siano titolari della sola pensione di reversibilità) • € 800 per gli ex Dirigenti (€ 400 per i coniugi superstiti a condizione che siano titolari della sola pensione di reversibilità)
Familiari a cui può essere estesa la copertura: – coniuge fiscalmente a carico – figli minori sia a carico che non a carico – figli maggiorenni fino a 26 anni il cui reddito non superi il limite per essere considerati fiscalmente a carico* – figli riconosciuti permanentemente inabili al lavoro e appartenenti al nucleo familiare – persone già conviventi in attesa di regolarizzazione di affido pre-adottivo e in affido	€ 200 per ogni familiare assicurato

* Per il 2018 il limite di reddito perché un familiare possa essere considerato fiscalmente a carico è pari a € 2.840,51.

Dal 1° gennaio 2019 i limiti saranno i seguenti:

- € 4.000,00 per i figli fino a 24 anni,
- € 2.840,51 per i figli oltre i 24 anni e per le altre tipologie di familiari.

SINTESI CONDIZIONI DI POLIZZA

SPESE OSPEDALIERE	
Garanzie principali	Massimali - Limiti - Franchigie e Scoperti
Ricovero in Istituto di cura senza intervento chirurgico	€ 200.000
Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico	€ 400.000
Intervento chirurgico ambulatoriale	€ 200.000
Day hospital	€ 200.000
Ricovero in Istituto di cura senza Intervento chirurgico	<u>In rete:</u> Franchigia € 400
Ricovero in Istituto di cura con Intervento chirurgico	<u>Fuori rete:</u> Scoperto 15% minimo € 300 massimo € 2.600
Intervento chirurgico ambulatoriale Day hospital	<u>Forma mista:</u> Franchigia € 400 per la struttura convenzionata Scoperto 15% minimo € 300 e massimo € 2.600 per medici e personale non convenzionati
Intervento chirurgico ambulatoriale Day hospital	Franchigia € 150
Ricovero per reazione astenica depressiva	90 giorni l'anno Massimo € 71 al giorno
Ricovero per cura psicosi	Scoperto 60%
Trapianto di organi	Compreso prelievo sul donatore
Interventi laser occhi	Previsti alle condizioni delle spese per intervento e <u>solo</u> se dovuti ai seguenti difetti: <ol style="list-style-type: none"> 1. differenza del visus tra i due occhi di almeno 3 diottrie per singolo vizio 2. miopia superiore a 6 diottrie per singolo occhio 3. astigmatismo superiore a 3 diottrie per singolo occhio 4. ipermetropia superiore a 3 diottrie per singolo occhio 5. difetto misto superiore a 6 diottrie sfero equivalenti (astigmatismo calcolato per metà) per singolo occhio Il verificarsi di uno dei difetti di cui ai punti da 2 a 5 per uno solo dei due occhi, rende comunque risarcibile l'intervento anche per l'altro occhio con difetto inferiore, nella misura del 50%
Rette di degenza	<u>In rete e forma mista:</u> rimborso 50% per i primi 3 giorni e 100% dal 4° giorno <u>Fuori rete:</u> nessun rimborso per i primi 3 giorni e Scoperto 20% dal 4° giorno
Spese pre / post (Nelle spese post ricovero sono comprese le cure termali, con esclusione delle spese alberghiere)	90 / 100 giorni <u>In rete:</u> massimo € 20.000 <u>Fuori rete:</u> massimo € 10.000
Retta dell'accompagnatore	€ 65 al giorno per massimo giorni pari al ricovero
Trasporto dell'Assicurato	€ 2.500
Parto fisiologico (v. anche Pacchetto maternità)	€ 1.000
Parto cesareo (v. anche Pacchetto maternità)	Come intervento
Cura dell'alopecia femminile (anche extra ricovero)	Scoperto 70% Per protesi massimo € 500
Rimpatrio della salma dall'estero	€ 3.500

Indennità giornaliera da ricovero avvalendosi del SSN (diaria sostitutiva per giorno con correlato pernottamento, salvo quanto previsto per day hospital)	<p>€ 52 al giorno per massimo 120 giorni</p> <p>€ 50 al giorno per ricovero per parto (v. oltre PACCHETTO MATERNITÀ)</p> <p>Per day hospital corrisposta solo se si effettuano 3 giorni consecutivi (escluse le festività) oppure se nell'arco di 6 mesi si effettuano almeno 5 giorni in day hospital per la medesima patologia</p>
SPESE EXTRAOSPEDALIERE	
Garanzie principali	Massimali - Limiti - Franchigie e Scoperti
Visite mediche - Accertamenti diagnostici - Trattamenti specialistici (comprese le cure termali con esclusione delle spese alberghiere) - Cure omeopatiche (esclusi i medicinali) - Dialisi e cure logopediche - Terapie infiltrative - Trattamenti fisioterapici e riabilitativi - Cure eseguite dal podologo Sono ricomprese le cure termali (previste anche nell'ambito delle spese post ricovero alle condizioni previste nella sezione SPESE OSPEDALIERE)	<p>€ 3.500 aumentati a € 5.000 per persone disabili</p> <p>In rete: Scoperto 10% Fuori rete: Scoperto 30%</p> <p>Scoperto 60% per la cura delle psicosi</p> <p>Sia in rete che fuori rete minimo € 18</p> <p>Ticket sanitari: rimborso 100%</p>
Visite specialistiche (psicologo-psicoterapeuta-psichiatra)	€ 1.000 annui per assicurati con figli disabili Scoperto 50%
Dislessia e sindromi collegate	€ 1.000 annuo/nucleo per psicopedagoga (età inferiore a 17 anni)
Acquisto lenti correttive della vista e lenti a contatto (importi rimborsabili annui per persona)	€ 180 per difetti fino a 10 diottrie € 450 per difetti oltre 10 diottrie e per lenti bifocali o progressive Scoperto 20% minimo € 18
Acquisto di apparecchi acustici	€ 1.500 Scoperto 25% minimo € 18
Acquisto o noleggio di apparecchi protesici o terapeutici e di cavaliere rigide, nonché di ausili deambulatori in conseguenza di evento assicurato	€ 1.500 aumentati a € 4.000 per persone disabili Scoperto 50% se non fruiti tramite SSN (qualora sussista la possibilità di fornitura da parte del SSN)
SPESE DENTARIE	
Garanzie principali	Massimali - Limiti - Franchigie e Scoperti
Parodontopatie	€ 3.500 per anno assicurativo € 8.000 per ciclo di cura Scoperto 70% minimo € 155
Spese per cure come da nomenclatore (v. tabella successiva)	€ 5.000 per anno assicurativo Massimali e limiti come da tabella successiva
PACCHETTO MATERNITÀ	
Garanzie principali	Massimali - Limiti - Franchigie e Scoperti
Visite di controllo ostetrico ginecologiche - Ecografie - Analisi del sangue, analisi di laboratorio, amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale - Altri accertamenti diagnostici finalizzati al monitoraggio dello sviluppo del feto	€ 600 Scoperto 10% esclusa indennità da ricovero Ticket sanitari: rimborso 100%
Indennità giornaliera da ricovero	€ 50 in occasione del parto
Per parto fisiologico o cesareo vedi sezione SPESE OSPEDALIERE	
Limitazione della garanzia per le persone di età pari o superiore ai 75 anni	
L'Assicurazione nei confronti delle persone che abbiano già compiuto o compiano nel corso del Contratto di assicurazione i 75 anni di età viene prestata con l'applicazione di uno Scoperto del 15%. Tale Scoperto si intende aumentato al 25% qualora le persone assicurate abbiano già compiuto o compiano gli 80 anni di età.	

TABELLA SPESE CURE DENTARIE

Tipo di prestazione	Accesso alle prestazioni per persona	Tariffa
Rx endorale (per 2 elementi)	Una volta l'anno	€ 16
Ortopantomografia	Due volte l'anno	€ 35
Levigatura e courettage gengivale (per 4 elementi)	Due prestazioni ogni 12 mesi	€ 40
Estrazione di dente o radice	Una volta l'anno	€ 80
Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	Una volta l'anno	€ 350
Rizectomia per elemento	Tre prestazioni all'anno comprovate da rx	€ 130
Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	Una prestazione all'anno comprovata da rx	€ 300
Rizotomia e relative endorali	Due prestazioni all'anno comprovate da rx	€ 120
Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia - incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose - opercolotomia - intervento chirurgico preprotetico) e relative endorali	Tre prestazioni all'anno comprovate da rx o foto digitale endorale	€ 120
Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente (compreso eventuale incappucciamento della polpa)	Una volta l'anno per una sola otturazione l'anno a prescindere: 1) dal numero di otturazioni (anche di diverse classi) che possono essere eseguite sullo stesso dente; 2) dal numero di otturazioni (anche di diverse classi) da effettuarsi su denti diversi	€ 90
Terapia endodontica ad un canale compresa otturazione del canale e ricostruzione coronale e relative endorali	Una volta l'anno comprovata da rx	€ 130
Terapia endodontica a due canali compresa otturazione dei canali e ricostruzione coronale e relative endorali	Una volta l'anno comprovata da rx	€ 170
Terapia endodontica a tre o quattro canali compresa otturazione dei canali e ricostruzione coronale e relative endorali	Una volta l'anno comprovata da rx	€ 220
Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	Una volta ogni 3 anni	€ 150
Placca occlusale o bite	Una volta ogni 24 mesi Richiesta certificazione del laboratorio	€ 400
Molaggio selettivo per arcata	Una volta ogni tre anni indipendentemente dal numero di sedute	€ 60
Esame elettromiografico e/o kinesiografico	Una volta ogni tre anni Da allegare alla fattura	€ 300