

Gruppo Intesa: accordo sull'Assistenza Sanitaria

Si è conclusa la trattativa sulla Assistenza sanitaria che consente l'ingresso del personale ex UBI e definisce una complessiva e decisamente positiva riforma del Fondo Sanitario, con un netto miglioramento delle prestazioni garantite agli aderenti.

Di seguito facciamo il punto sulla questione Ingresso colleghi ex UBI e sintetizziamo le novità del Fondo Sanitario.

AGGIORNAMENTO SU INGRESSO UBI IN FSI

L'accesso alle prestazioni del FSI **NON** potrà avvenire con decorrenza **1° gennaio 2022 per tutta la platea**, in quanto le prestazioni del Fondo sono finanziate da un patrimonio che gli ex UBI non hanno contribuito a costituire.

Si delineano pertanto percorsi differenti in base alle popolazioni individuate dalle attuali coperture.

Ex UBI coperti da polizza Cargeas

In coerenza con lo Statuto del Fondo (che prevede un periodo di "carenza" per i nuovi iscritti) per il 2022 e 2023 la popolazione ex UBI attualmente interessata dal "polizzone" Cargeas, sarà coperta da una **nuova polizza le cui caratteristiche saranno definite nelle prossime settimane**: sottolineiamo il significativo miglioramento ottenuto essendo tale periodo "di ingresso" ridotto a 2 anni (rispetto ai 3 previsti normalmente dallo Statuto del FSI).

Il premio della polizza per il dipendente e i familiari a carico (€ 900) sarà totalmente a carico dell'azienda, mentre a carico del collega saranno:

1. il **contributo di ingresso** destinato a finanziare il patrimonio del FSI (50% del contributo ordinario, quindi 0,50% della RAL per sé e 0,05% per ogni familiare fiscalmente a carico) da versare per il suddetto periodo di 2 anni, contributo che consentirà dall'1.1.2024 di avvalersi delle favorevoli prestazioni del Fondo sanitario ISP.
2. l'eventuale premio di polizza per i familiari non a carico (€ 325 per coniuge/convivente – € 280 per ogni figlio – € 375 per altri familiari conviventi: genitore, fratello e/o sorella).

Oltre alla riduzione del periodo di "ingresso" a 2 anni, anche la copertura garantita da polizza sarà migliorata rispetto alle precedenti prestazioni (erogate da UniSalute) sulla base delle richieste che abbiamo rappresentato all'azienda e grazie all'incremento del premio pagato dalla banca (da € 700 a € 900).

La nuova polizza sarà definita nelle prossime settimane attraverso la gara che il CdA del Fondo organizzerà tra diverse compagnie per ottenere le migliori condizioni.

Ex UBI iscritti al Fondo Assistenza di Società del Gruppo UBI

A differenza degli ex UBI coperti da polizza Cargeas, gli iscritti al Fondo Assistenza UBI (ex Banca Lombarda) potranno beneficiare del conferimento del patrimonio che hanno costituito negli anni presso il Fondo UBI al FSI ISP e quindi potranno accedere alle prestazioni del Fondo Intesa già dal 1° gennaio 2022 (con pagamento del **contributo ordinario**: 1% della RAL per sé, 0,10% per ogni familiare fiscalmente a carico, 1% per ogni familiare fiscalmente non a carico).

Ex UBI iscritti all'Associazione Assistenza Sanitaria Integrativa Banca delle Marche

Il patrimonio attuale dell'Associazione non è sufficiente a garantire le medesime condizioni del Fondo UBI (di cui al

paragrafo precedente), ma gli attuali iscritti (una volta deliberato il conferimento del patrimonio residuo dell'Associazione BM) potranno comunque accedere fin dal 1° gennaio 2022 alle prestazioni del FSI ISP versando **in aggiunta al contributo ordinario** (1% della RAL per il dipendente, ecc.) **il contributo di ingresso per 2 anni** (0,50% della RAL per il dipendente, ecc.).

AGGIORNAMENTO SU PRINCIPALI NOVITÀ FONDO SANITARIO DI GRUPPO

Abolizione Quota Differita

Abolizione della quota differita dei rimborsi: il rimborso delle prestazioni avverrà per intero al momento della liquidazione.

Incremento Contribuzioni

Aumento (in misura aggiuntiva alle rivalutazioni ISTAT) del contributo aziendale di 20 euro per ogni dipendente a partire dal 1/1/2022 e di ulteriori 30 euro a partire dal 1/1/2024. Contestuale ritocco della contribuzione per familiari non fiscalmente carico con aumento dello 0,10% a partire dal 1/1/2022 e di un ulteriore 0,10% a partire dal 1/1/2024.

Miglioramento Prestazioni (personale in servizio)

- Riduzione al 10% della franchigia in assistenza convenzionata per visite specialistiche, alta diagnostica, accertamenti diagnostici fisioterapia e analisi di laboratorio.
- Innalzamento a 200.000€ (400.000€ in caso di grandi eventi patologici) del massimale per prestazioni ospedaliere.
- Introduzione di un massimale specifico per la procreazione assistita.
- Innalzamento a 1.000€ del massimale per trattamenti

fisioterapici.

- Innalzamento a 1.800€ del massimale per trattamenti psicoterapeutici.
- Innalzamento a 1.650€ (2.150€ per nuclei numerosi) del massimale spese dentistiche.
- Dal 1/1/24 innalzamento a 1.750€ (2.250€ per nuclei numerosi) del massimale spese dentistiche.
- Dal 1/1/24 innalzamento a 600€ (800€ per nuclei numerosi) del massimale spese per lenti.

Miglioramento Prestazioni (personale in quiescenza)

- Riduzione al 10% della franchigia in assistenza convenzionata per visite specialistiche, alta diagnostica, accertamenti diagnostici fisioterapia e analisi di laboratorio.
- Innalzamento a 200.000€ (400.000€ in caso di grandi eventi patologici) del massimale per prestazioni ospedaliere.
- Introduzione di un massimale specifico per la procreazione assistita.
- Innalzamento a 1.000€ del massimale per trattamenti fisioterapici.
- Innalzamento a 1.800€ del massimale per trattamenti psicoterapeutici.
- Innalzamento a 700€ (900€ per nuclei numerosi) del massimale spese dentistiche.
- Dal 1/1/24 innalzamento a 750€ (1.000€ per nuclei numerosi) del massimale spese dentistiche.
- Dal 1/1/24 innalzamento a 400€ (550€ per nuclei numerosi) del massimale spese per lenti.

Fondo Prevenzione

Istituzione di un “Fondo Prevenzione” finanziato con:

- un versamento aziendale una tantum di 2.000.000€
- il conferimento una tantum del 3% del capitale del Fondo

Sanitario

- il versamento da parte dell'azienda di 20€ annui per ciascun aderente già coperto da LTC nazionale e di 10€ da parte dell'iscritto in questione
- il versamento da parte dell'azienda di 30€ annui per ciascun aderente non beneficiario di LTC nazionale e di 30€ da parte dell'iscritto in questione.

Il Fondo Prevenzione consente:

- L'attivazione di una copertura di LTC aggiuntiva a quella prevista dal CCNL, per dipendenti e familiari.
- L'azzeramento di franchigie e scoperti per le prestazioni di prevenzione che verranno definite dal CDA del Fondo Sanitario.

Utilizzo Patrimonio

- *Utilizzo del Patrimonio del Fondo per coprire eventuali sbilanci di una o di entrambe le Gestioni (iscritti in servizio ed iscritti in quiescenza) nel limite del 15% del Patrimonio per non oltre due bilanci consecutivi.
- *Utilizzo del Patrimonio della Gestione iscritti in servizio per garantire il completo riversamento del 6% (con un limite massimo di 12 milioni) di contributo di solidarietà alla Gestione quiescenti.

Terza sezione per Pensionati e Agenti

Istituzione di una Terza Sezione del Fondo a cui potranno iscriversi i Pensionati e gli Agenti, con una permanenza minima di tre anni nella sezione. Le prestazioni, inferiori a quelle garantite dal regolamento del Fondo, saranno assicurate da una polizza assicurativa.

Semplificazione normativa

Modifica dei requisiti per il trattamento contributivo dei familiari, anche con inserimento della autocertificazione, per snellire e rendere più efficiente e meno burocratico il

funzionamento del Fondo. Verrà comunque richiesta la documentazione atta a dimostrare la condizione di familiare a carico per i figli con più di 24 anni di età: in difetto verranno automaticamente considerati come non a carico.

Riapertura Termini Adesione

Possibilità di iscrizione per i dipendenti attualmente non iscritti al Fondo, con le medesime regole già utilizzate in precedenza.

⇒ [SCARICA IL TESTO DELL'ACCORDO](#)

dal sito [Fisac Intesa Sanpaolo](#)

Polizza sanitaria: cosa fare quando la compagnia assicurativa non vuole pagare

Nel mese di luglio l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (**AGCM**) ha multato, rispettivamente per 5 milioni ed un milione di euro, la compagnia assicurativa **Intesa Sanpaolo RBM Salute** e il fornitore di servizi **Previmedical**, cui è affidata la gestione e liquidazione dei sinistri. Entrambe le società sono state ritenute colpevoli di aver ritardato o respinto il rimborso di spese mediche in modo pretestuoso.

Le indagini hanno preso spunto dalla segnalazione di **Altroconsumo** che aveva ricevuto circa 1.000 reclami tra gennaio 2018 e ottobre 2020, ma anche dall'alto numero di reclami pervenuto all' **Istituto per la Vigilanza sulle**

Assicurazioni (Ivass): oltre 1.100 reclami nello stesso periodo.

Tra le condotte contestate, tali da configurare una **condotta commerciale scorretta**, l'AGCM ha evidenziato:

- respingimenti delle richieste basati su motivazioni pretestuose
- ritardi nelle risposte e nella gestione delle prestazioni dirette
- ritiri di autorizzazioni già rilasciate
- arbitrarie limitazioni introdotte nella prassi liquidativa
- difficoltà a contattare l'assistenza clienti
- applicazione di regole diverse per rimborsi richiesti a fronte di prestazioni analoghe.

Per gran parte dei dipendenti che beneficiano di polizza sanitaria, si tratta purtroppo di esperienze ben note ed estremamente frustranti.

Come fare per opporsi a quella che si presenta come un'autentica ingiustizia?

Appena la compagnia mostra di voler porre ostacoli al rimborso delle prestazioni, è opportuno inoltrare subito un reclamo anticipando nel testo un **successivo inoltro del reclamo medesimo all' Ivass**.

Come inviare i reclami? Bisogna farlo esclusivamente per iscritto, con le modalità di seguito riportate:

▪ **UNISALUTE:**

- **Online** cliccando su questo link
- **Raccomandata** all'indirizzo
UniSalute S.p.A
Funzione Reclami
Via Larga, 8
40138 Bologna
- **Fax** al numero 051-7096892
- **e-mail** all'indirizzo reclami@unisalute.it

▪ **INTESA SAN PAOLO RBM SALUTE:**

- **Online** cliccando su questo link
- **Raccomandata** all'indirizzo
Intesa Sanpaolo RBM Salute
Ufficio Reclami
via Lazzari, 5
30174 Venezia – Mestre (VE)
- **Fax** al numero 011-0932609
- **e-mail** all'indirizzo
reclami@intesasnpaolorbmsalute.com
- **Pec** all'indirizzo
reclami@pec.intesasnpaolorbmsalute.com

Informazioni dettagliate in merito ai reclami sono riportati sui siti delle compagnie ai seguenti link:

Unisalute

Intesa Sanpaolo RBM Salute

Qualora l'utente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in mancanza di riscontro nel **termine massimo di 45 giorni**, potrà rivolgersi all'LVASS con le seguenti modalità:

- **Raccomandata** all'indirizzo
IVASS
Servizio Tutela del Consumatore
Via del Quirinale, 21
00187 Roma
- **Fax** al numero 06 42133206
- **Pec** all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it

I reclami indirizzati all'LVASS contengono:

- A. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- B. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- C. breve descrizione del motivo di lamentela;

- D. copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- E. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per inoltrarli si può utilizzare questo modulo scaricabile dal sito dell'IVASS. Informazioni dettagliate sui reclami sono contenute nella guida predisposta per gli utenti.

E' estremamente importante inoltrare reclamo ogni qualvolta si ritenga di essere stati ingiustamente penalizzati dalla compagnia, sia per cercare di ottenere il legittimo rimborso, sia per sottoporre eventuali comportamenti scorretti all'organo di vigilanza delle compagnie assicurative col risultato di sanzionarli, ed auspicabilmente evitare che si ripetano.