



INsalute

Uni.C.A.

Piani sanitari 2016/2017



LO

SAI

CHE....

Tutti i dipendenti del Gruppo UniCredit beneficiano delle prestazioni della cassa assistenza sanitaria (Uni.C.A.)?

Uni.C.A. è un organismo bilaterale (compartecipato da azienda e rappresentanti dei lavoratori)?

Uni.C.A. è nata il 15 Novembre 2006?

Uni.C.A. è una *“associazione priva di fini di lucro, ha lo scopo di garantire e gestire con finalità esclusivamente assistenziali, ispirandosi a principi solidaristici e mutualistici, a favore dei propri iscritti persone fisiche e loro familiari, forme di assistenza sanitaria anche integrative delle prestazioni del Servizio sanitario Nazionale per i casi di malattia, infortuni e altri eventi che possano richiedere prestazioni di carattere sanitario o assistenziale” (dall’art.3 – “Scopo e durata” dello Statuto di Uni.C.A.)*



Grazie all’accordo fra sindacati e azienda firmato in data **15 Novembre 2006** è nata la cassa assistenza.

Uni.C.A. è uno tra i principali strumenti di Welfare all’interno del gruppo UniCredit grazie al quale tutti i dipendenti, i pensionati e i familiari possono beneficiare di una protezione sanitaria.



LE PRESTAZIONI

Lo Statuto di Uni.C.A. definisce all'art.7 le prestazioni sanitarie (odontoiatriche e non) che l'Associazione può erogare, anche sotto forma di rimborso delle spese sostenute dai propri iscritti e relativi familiari.

Uni.C.A. affianca alle prestazioni erogate tramite polizze assicurative o contratti di servizio, prestazioni rese direttamente, quali le iniziative di prevenzione o il finanziamento di spese sanitarie non coperte dalle polizze assicurative, ma ritenute degne di considerazione da parte del Consiglio di Amministrazione.

A decorrere **dal 1 Gennaio 2016 e fino al 31 Dicembre 2017**, la copertura sarà garantita dalla polizza sanitaria appena rinnovata dalla Cassa. Anche per il biennio 2016/2017 Uni.C.A. ha individuato come partner assicurativo dell'Associazione, **RBM Salute**, compagnia specializzata nel ramo salute assicurativo. Per tutti gli associati, il servizio per i rimborsi e le prestazioni in Rete Convenzionata è stato assegnato a **PREVIMEDICAL**.

Alle prestazioni si può accedere in due modi:

- **Tramite assistenza sanitaria diretta** che prevede la possibilità di usufruire dei servizi della rete di strutture convenzionate, nei limiti dei piani sanitari, senza anticipare nulla e con l'onere a carico dell'assistito limitato alla franchigia, ove prevista, o alle eventuali prestazioni accessorie non coperte.
- **Tramite assistenza indiretta** che prevede la possibilità di ottenere le prestazioni presso qualsiasi struttura, sostenendo l'onere relativo e richiedendo successivamente il rimborso, nei limiti e con le franchigie previste dal piano.

Attenzione: Per l'assistenza diretta sarà necessaria l'autorizzazione di PREVIMEDICAL. L'eventuale utilizzo di strutture sanitarie facenti parte della Rete Convenzionata senza l'autorizzazione preventiva del Provider, farà decadere il beneficio della franchigia agevolata prevista per la Rete stessa.

I dettagli sui piani sanitari e i raffronti sono reperibili sul [portale di Uni.C.A.](#) al percorso [INFORMATIVA> 2015> 18 Dicembre 2015 – Rinnovo Piani Sanitari 2016-2017](#). Alle prestazioni del proprio piano sanitario si può accedere dal portale aziendale al percorso [Servizi ai Colleghi> Reward, Welfare & Benefits> Assistenza Sanitaria Integrativa> Uni.C.A.> Il tuo Piano Sanitario> Accedi al tuo piano sanitario](#).



LE POLIZZE

Le coperture sanitarie **NON ODONTOIATRICHE** si distinguono in 3 tipologie: la standard (per i dipendenti fino al Q.D.2), la Plus (per i Q.D.3 e i Q.D.4) e la Extra 3 (riservata ai Dirigenti). Si differenziano per costi, prestazioni e convenzioni.

Il contributo a carico dell'azienda per ciascun dipendente è il seguente:

Inquadramento	Costo annuo
Fino a Q.D. 2	650€
Q.D. 3 – Q.D. 4	900€
Dirigenti	1.300€

Non è stato introdotto alcun aumento del premio di sottoscrizione o variazioni delle prestazioni, essendo sufficiente il contributo aziendale, determinato da accordi sindacali.

Nel dettaglio le caratteristiche:

Nella **diagnostica ordinaria** rientrano tutti gli esami ordinari quali analisi del sangue, delle urine e le ecografie ecc.. I rimborsi previsti per questa tipologia di esami sono i seguenti:

Diagnostica ordinaria

	Standard	Plus	Extra 3
Tickets con SSN	100%	100%	100%
Rete	30€ di franchigia per fattura	10€ di franchigia per fattura	10€ di franchigia per fattura
Fuori Rete	scoperto 20%, min 60€ per fattura*	scoperto 20%, min 60€ per fattura**	scoperto 20%, min 60€ per fattura**

*a detrazione del massimale di € 3.000 delle visite specialistiche.

** a detrazione del massimale di € 5.500 delle visite specialistiche.



Visite specialistiche

Nelle **visite specialistiche** rientrano tutte le visite effettuate presso medici specialistici ad eccezione di visite pediatriche di controllo e le odontoiatriche e ortodontiche: per queste ultime due la prestazione verrà rimborsata solo in caso di infortunio.

I rimborsi previsti per questa tipologia di esami sono i seguenti:

	Standard	Plus	Extra 3
Tickets con SSN	100%	100%	100%
Rete	30€ di franchigia per fattura	10€ di franchigia per fattura	10€ di franchigia per fattura
Fuori Rete	scoperto 20%, min 60€ per fattura*	scoperto 20%, min 60€ per fattura*	scoperto 20%, min 60€ per fattura**

*a detrazione del massimale di € 3.000 delle visite specialistiche.

** a detrazione del massimale di € 5.500 delle visite specialistiche.

Esami specialistici

Occorrerà distinguere tra **diagnostica ordinaria** (vedi sopra) e **alta diagnostica** (esami con strumentazioni molto sofisticate che vengono indicati in Polizza).

I rimborsi previsti per questa tipologia di esami sono i seguenti:

	Standard	Plus	Extra 3
Tickets con SSN	100%	100%	100%
Rete	30€ di franchigia per fattura	10€ di franchigia per fattura	10€ di franchigia per fattura
Fuori Rete	scoperto 20%, min 60€ per fattura*	scoperto 20%, min 60€ per fattura *	scoperto 20%, min 60€ per fattura **

*a detrazione del massimale di € 5.000 delle visite specialistiche.

** a detrazione del massimale di € 7.500 delle visite specialistiche.



Indennità sostitutiva per il ricovero in SSN al giorno

	Standard	Plus	Extra 3
con intervento	80€	80€	100€
senza intervento	60€	60€	100€
day hospital chirurgico	40€	40€	50€
day hospital medico	30€	30€	50€
grande intervento	100€*	100€*	120€**

*massimale 180 giorni persona/anno

**massimale 300 giorni persona/anno

Franchigie sulle prestazioni in rete

	Standard	Plus	Extra 3
Ricoveri con o senza intervento (anche day Hospital)	200€	200€	-
Intervento chirurgico ambulatoriale	100€	100€	-
Correzione di miopia	200€	200€	-

Cure oncologiche

Per le cure oncologiche non sono previste franchigie.

Sono previsti solo differenti massimali in base alla tipologia di polizza:

Standard	Plus	Extra 3
10.000€	10.000€	12.000€

Grandi interventi

Per i grandi Interventi e il parto (cesareo o fisiologico) non sono previste franchigie (né in rete né fuori Rete).

Consulta l'elenco completo da pag.10 a pag.15 del [INFORMATIVA> 2015> 18 Dicembre 2015 – 3 Prospetto di sintesi piani sanitari personale in servizio 2016-2017 18122015.pdf](#).



LA fisioterapia

Indipendentemente dal tipo di Polizza la fisioterapia è sempre prevista:

- nei 120 giorni dopo un ricovero (con o senza intervento);
- dopo un parto cesareo (ma non dopo quello fisiologico);
- post-Infortunio, purché certificato da Pronto Soccorso (e, comunque, sempre in presenza di prescrizione di medico ASL ovvero medico specialista);
- per gravi patologie quali ictus cerebrale, tumori, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche e omeoplastiche (a seguito di prescrizione medica specialistica);
- In casi di interventi di cardiocirurgia e chirurgia toracica;
- In presenza di amputazione di arti.

I massimali previsti per nucleo e per anno sono :

Standard	Plus	Extra 3
700€	700€	5.500€*

*compreso nel massimale visite specialistiche.

Attenzione! in caso di infortunio è indispensabile recarsi al pronto soccorso; infatti, solo l'attestazione di tali strutture dà il diritto alla copertura, in forma diretta o indiretta, del trattamento fisioterapico conseguente.

Inoltre, perché sia rimborsabile, la prestazione fisioterapica potrà essere prestata solo da medico specialista, da centri medici specializzati e/o da terapisti della riabilitazione.

Occhiali e lenti

Gli occhiali e le lenti a contatto sono rimborsati nel seguente modo:

Standard	Plus	Extra 3
NO	massimale 300€ per anno/nucleo, di cui € 120 a persona	massimale € 400 per anno/nucleo, di cui € 150 a persona

Intervento "plafonato"

In **TUTTI** i piani sono previsti interventi "plafonati", ossia con un massimale di rimborso sia in RETE che fuori RETE. Consulta l'elenco completo a pag.6-7 del [INFORMATIVA> 2015> 18 Dicembre 2015 – 3 Prospetto di sintesi piani sanitari personale in servizio 2016-2017 18122015.pdf](#).



Rimborso per accompagnatori in caso di ricovero

Per “l’accompagnatore” indicato nelle assistenze dei Piani sanitari è previsto il seguente massimale complessivo per rimborso spese relative a vitto/ pernottamento e trasporto:

Standard	Plus	Extra 3
30 gg anno/nucleo per 60€ al giorno	30 gg anno/nucleo per 60€ al giorno	90 gg anno/nucleo per € 80 giorno
		Per i grandi Interventi: 180€ giorno.

Consulta la tabella completa a pag.24 del [INFORMATIVA> 2015> 18 Dicembre 2015 – 3 Prospetto di sintesi piani sanitari personale in servizio 2016-2017 18122015.pdf](#)

INoltre..

...nella plus

È prevista la DIAGNOSI COMPARATIVA (second opinion).

...nella Extra 3

Le previsioni di copertura della EXTRA3 non presenti nei piani Standard e Plus sono:

- visite e prestazioni di psicoterapia in rete e fuori
- agopuntura
- spese mediche pediatriche di controllo (fino all’età di 14 anni)
- ospedalizzazione domiciliare successiva ai grandi interventi

Ti invitiamo a consultare [INFORMATIVA> 2015> 18 Dicembre 2015 – 8 Uni.C.A. Polizze assicurative Interpretazioni 2015 07 06.pdf](#) per le interpretazioni su alcune specifiche prestazioni.

NOVITA’! le cliniche top convenzionate sono state rese accessibili a tutti i piani sanitari e per il biennio 2016/2017 sono le seguenti:

ROMA: Casa di Cura Paideia S.p.A. – Casa di Cura Mater Dei S.p.A. - Casa di Cura Quisisana – Casa di Cura Villa Stuart – Casa di Cura Privata Villa Mafalda Casa di Cura Villa Flaminia – Casa di Cura Villa Margherita

MILANO: Casa di Cura La Madonnina S.p.A. – Istituto Nazionale Tumori – Ospedale San Raffaele S.r.l. – Humanitas Mirasole S.p.A. (Istituto Clinico Humanitas) – Casa di Cura Capitanio

TORINO: Clinica Fornaca di Sessant – Casa di Cura SedesSapientiae - Casa di Cura Cellini S.p.A.

BERGAMO: Humanitas Gavazzeni

VARESE: Istituto Clinico Humanitas Mater Domini Casa di Cura Privata S.p.A.



INaggiunta: Le NUOVE prestazioni

Con il rinnovo dei piani sanitari sono state aggiunte le seguenti prestazioni accessibili per tutti i piani sanitari:

- **per ricoveri a seguito di mastectomia, quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento controlaterale** massimale di 5.000€ anno/nucleo con franchigia 1.000€ in forma diretta e 20% (minimo 1.000€) in forma indiretta;
- **per disturbi dell'apprendimento del minore (DSA):** rimborso spese per cure, posto l'accertamento del disturbo da parte di specialista in neuropsichiatria infantile di struttura pubblica, nei limiti di 1.500€ anno/nucleo in caso di QI(quoziente intellettivo)<70; 500€ anno/nucleo per 70<QI<85; franchigia 40€ per fattura in Rete Convenzionata; 20% (minimo 60€) fuori Rete;
- **per fecondazione eterologa:** 350€ anno/nucleo per spese sostenute in Paesi UE 27, escluse spese trasferta/trasferimento assistito e costi accompagnatore se all'estero;
- **per test genetici prenatali non invasivi (Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale:** inseriti in garanzia Diagnostica di alta specializzazione;
- **per assistenza post-parto:** tre visite psicologiche post parto; visita di controllo arti inferiori nei 6 mesi dal parto; week end benessere entro un anno dal parto con visita dietologica, incontro nutrizionista, incontro personal trainer, lezione di base all'educazione all'esercizio fisico, trattamento termale, il tutto presso Strutture Convenzionate Previmedical;
- **per cure termali per minori:** spese per cure termali, cure inalatorie e polizer effettuate dal minore a seguito di malattia o infortunio, compresa visita di inizio e fine cure, solo in Convenzione diretta, nei limiti di 35€ a seduta, con un massimo di 12 sedute/anno;
- **per sindrome di Down:** seguito diagnosi di trisomia 21 nei primi tre anni di vita del bambino, indennità annua di 1.000€ per cinque anni al massimo;

Prestazioni di prevenzione presso specifici centri autorizzati del Network delle strutture convenzionate Previmedical:

- **per visite di controllo pediatrico, per minori tra 6 mesi e 6 anni di vita:** una visita tra i 6 ed i 12 mesi, una ai 4 anni, una ai 6 anni con franchigia di 36,15€ a visita.
- **prestazioni di prevenzione:**
 - ✓ **visite specialistica:** 1 volta al mese, in qualsiasi giorno della settimana, senza scoperto/franchigia;
 - ✓ **prevenzione Herpes Zoster:** oltre i 55 anni di età, rimborso spese di immunizzazione, con franchigia di 36,15 euro a fattura;
 - ✓ **vaccinazioni** contro influenza stagionale, senza applicazione di franchigia.



PROCEDURA FUORI RETE (INDIRETTA)

L'assistenza indiretta consente di ottenere le prestazioni presso qualsiasi struttura, sostenendo l'onere relativo e richiedendo successivamente il rimborso, nei limiti e con le franchigie previste dal piano.

I rimborsi si possono richiedere, **entro 2 anni dalla data del sinistro**, dal portale aziendale al percorso [Servizi ai Colleghi> Reward, Welfare & Benefits> Assistenza Sanitaria Integrativa> Uni.C.A.> Il tuo Piano Sanitario> Accedi al tuo piano sanitario> Inserimento domanda di rimborso](#) secondo le indicazioni sul sito di Uni.C.A. presenti in [INFORMATIVA> 2015> 06 Novembre 2015 - Nuova Domanda di Rimborso Online](#).

Attenzione! Per il rimborso di tutte le prestazioni effettuate **nell'AREA SPECIALISTICA** (alta specializzazione, visite specialistiche, accertamenti diagnostici – diagnostica ordinaria – fisioterapia, agopuntura, psicoterapia) sarà necessario allegare **obbligatoriamente** la prescrizione del medico asl o medico specialista. **In assenza di questa documentazione l'Assicurazione non effettuerà il rimborso. Inoltre nella prescrizione deve essere riportata la "sospetta" patologia.**

Nel caso di ticket si raccomanda di fare una fotocopia prima della prestazione in modo da allegare la stessa alla richiesta di rimborso.

ATTENZIONE!!!

A partire dal 01/07/2016 se utilizzi la forma indiretta per strutture/professionisti convenzionati a cui potresti accedere in forma diretta, scoperti/franchigie aumentano del +50% rispetto a quanto previsto per la forma indiretta.

Nel caso delle cliniche top aumentano del +100% a partire dal 01/01/2016.

La penalizzazione non verrà applicata nel periodo c.d. transitorio.

Periodo transitorio

Nel **periodo transitorio**, cioè fino a quando Uni.C.A. non trasmetterà al Provider le adesioni di tutti i colleghi, la rete non sarà operativa. Pertanto, tutte le prestazioni (sia in rete che fuori rete) **saranno considerate in forma INDIRETTA** e sconteranno le franchigie previste.

Solo per **prestazioni di ricovero** (con o senza intervento, anche in day hospital, ambulatoriali o per parto) sarà possibile accedere alla rete convenzionata attivando la DIRETTA, previa autorizzazione, inviando la scheda di pre-adesione al Provider che è possibile scaricare dal portale di Uni.C.A. al percorso [INFORMATIVA> 2015> 18 Dicembre 2015 – 6 Modulo_Previmedical_transitorio_2016 18122015.pdf](#). Tale opportunità è rivolta a tutto il nucleo familiare già assicurato nel 2015 **per cui permangono le condizioni per l'iscrizione anche al piano 2016/2017.**



L'ADESIONE

Come aderire

A partire dal **20 gennaio** e sino alle **17 del 10 Febbraio 2016** sarà possibile aderire alle polizze per il nuovo biennio 2016-2017 sul portale aziendale al percorso [HR Gate Italia](#)> [Employee Self-Service](#)> [Altri Documenti](#)> [Assistenza Sanitaria Integrativa](#)> **2016** dove è anche possibile trovare l'informativa completa sulle modalità di adesione al link [Informativa Assistenza Sanitaria Uni.C.A.](#).

La scelta non sarà modificabile per tutto il biennio. Varrà, quindi, per due anni e non vi saranno possibilità di revoca o di inserimento, se non quelle previste dal Regolamento di Uni.C.A. "**Prospetto Inserimenti Revoche**".

È perciò prioritario definire le proprie necessità e quelle dei propri familiari così da aderire in modo corretto e corrispondente alle proprie esigenze, includendo tutti i soggetti che si desidera siano coperti dalla polizza.

Se non si effettua alcuna scelta, verrà assegnato di iniziativa il piano sanitario in base al proprio inquadramento (**per AREA PROFESSIONALE, QD1 e QD2 la STANDARD, per QD3 e QD4 la PLUS, per i Dirigenti la EXTRA3**).

Adesione familiari

Ricordiamo che, se già iscritti, in assenza di registrazione a procedura, sono automaticamente inseriti in polizza i figli ed il coniuge fiscalmente a carico.

Tuttavia è necessario:

1. Verificare che i familiari che si vogliono inserire in polizza siano presenti nella "**gestione familiari**" del portale aziendale al percorso [HR Gate Italia](#)> [Employee Self-Service](#)> [Dati personali](#)> [Gestione Familiari](#).
Nel caso essi non fossero presenti sarà necessario provvedere innanzitutto al loro censimento.
2. Nell'applicativo risulteranno presenti **solo il titolare della polizza e i familiari a carico già inseriti nel biennio precedente**. In questa fase si potranno apportare eventuali variazioni (eliminare/inserire).
3. In questa fase sarà inoltre possibile inserire/eliminare dalla polizza eventuali **familiari non fiscalmente a carico** che si intendano far rientrare/escludere dalla copertura fornita da Uni.C.A.

Anche se non si intende fare nessuna modifica al proprio piano sanitario suggeriamo di accedere all'applicativo di adesione per verificare la correttezza dei dati e quindi poter effettuare, se necessario, le opportune correzioni.

I colleghi "lungo assenti" riceveranno la richiesta di adesione in formato cartaceo direttamente al proprio domicilio.



I Costi

Il costo della polizza previsto per inquadramento per i dipendenti, figli e coniuge fiscalmente a carico sono interamente a carico dell'azienda e sono pari a:

Standard (per AP, QD1, QD2)	650€
Plus (per QD3, QD4)	900€
Extra3 (per Dirigenti)	1.300€

Upgrade

Anche quest'anno sarà possibile scegliere un Piano Sanitario superiore a quello spettante.

La scelta varrà per il biennio 2016/2017 e il costo dell'**upgrade** sarà a carico del lavoratore e si dovrà pagare ogni anno.

L'Azienda ha accolto la richiesta sindacale, di rateizzare il pagamento in 12 rate mensili.

N.B.: Chi intenda passare a un livello di polizza "superiore", dovrà accollarsi i seguenti costi:

Da Standard a Plus	316€
Da Standard a Extra3	930€
Da Plus a Extra3	528€

Adesione familiari non a carico

È possibile inserire in polizza a pagamento anche i seguenti soggetti non fiscalmente a carico:

- ✓ i figli conviventi (da stato di famiglia)
- ✓ il coniuge anche separato o convivente more uxorio (da stato di famiglia)
- Attenzione! Il convivente more uxorio è sempre a pagamento anche se fiscalmente a carico.**
- ✓ altro familiare convivente (da stato di famiglia)
- ✓ i figli non conviventi, cosiddetti "*fuori nucleo*", fino a 35 anni con limite di reddito di **26.000€ annui**
- ✓ il genitore ultrasessantenne non convivente, con il limite individuale di reddito di **26.000€ annui**

Attenzione: Si dovranno inserire tutti i familiari non fiscalmente a carico e presenti sullo stato di famiglia, oppure nessuno di essi.

Gli eventuali costi a carico del dipendente saranno riproposti ogni anno per tutto il biennio.

Ti invitiamo a verificare i costi nella tabella [INFORMATIVA> 2015> 18 Dicembre 2015 – 4 Costi di adesione dipendenti 18122015.pdf](#).



Per quanto riguarda la definizione di “carico/non carico fiscale” farà fede:

- ✓ per il 2016 la situazione consolidata del 2015,
- ✓ per il 2017 la situazione consolidata del 2016.

Per esempio: un figlio fiscalmente a carico nel 2015, è considerato a carico anche per il 2016; nel caso in cui nel corso del 2015 il reddito sia stato tale da spostare la situazione da “a carico” a “non fiscalmente a carico”, l’impatto sulla polizza avverrà solo nel 2016.

Se entrambi i colleghi, coniugi o conviventi more uxorio, lavorano nelle Aziende del Gruppo, si avranno due possibili scelte:

1: Ognuno potrà aderire a un profilo indipendentemente dall’altro. In questo caso non si dovrà inserire il coniuge/convivente non fiscalmente a carico e quindi, i figli, se a carico di entrambi, potranno godere di un doppio massimale.

2: Uno dei due coniugi/conviventi sceglie un piano sanitario e l’altro aderisce come coniuge non fiscalmente a carico: in questo caso, per il pagamento, si dovrà comunque tener conto del contributo aziendale in atto per entrambi e quindi calcolare la differenza. Se tale importo risultasse essere minore o uguale a zero, il coniuge/convivente non fiscalmente a carico non pagherebbe nulla, altrimenti solo la differenza.

Il/la dipendente che figurasse come coniuge non fiscalmente a carico, dovrà entrare nell’applicativo di scelta del piano e cliccare su “rinuncio”.

Per esempio Collega QD3 con polizza PLUS (contributo azienda 900€), Coniuge dipendente A3L4 con polizza STANDARD (contributo azienda 650€): Il Coniuge può rinunciare alla sua STANDARD e usufruire della PLUS come familiare NON fiscalmente a carico. In questo caso il collega QD3 per l’estensione della polizza PLUS al coniuge A3L4 deve pagare **523€**. Poiché il costo sostenuto dall’Azienda per la STANDARD del coniuge sarebbe pari a **650€**, $650-523 < 0$ quindi il coniuge NON paga nulla per l’upgrade alla PLUS avendo, però, un solo massimale per nucleo familiare.

In questo caso anche per il coniuge che aderisce come familiare non fiscalmente a carico del collega aderente a Uni.C.A. viene attivata la copertura obbligatoria collettiva denti.

Dipendenti coniugi o conviventi more uxorio

Benefici fiscali

Nel caso di upgrade o di estensione della polizza ai familiari non fiscalmente a carico l’esborso effettivo del premio sarà, in realtà, minore grazie agli effetti fiscali derivanti dall’adesione di queste polizze alla “cassa mutua”.

Il beneficio fiscale dovrà essere calcolato da ogni aderente in base alla aliquota marginale di riferimento (cioè, l’aliquota massima prevista ai fini IRPEF), poiché le quote pagate saranno interamente dedotte dal proprio reddito nel limite di **3.615,20€**.



Utilizzo del conto welfare per Uni.C.A.

I colleghi che hanno destinato l'importo del premio straordinario per l'anno 2014 al piano Welfare (1.140€) potranno utilizzare la somma per effettuare l'upgrade della polizza.

Inoltre, potranno finanziare l'estensione del piano sanitario di Uni.C.A. ai familiari non fiscalmente a carico inseriti in polizza **ad eccezione del convivente more uxorio e del coniuge non convivente (da stato di famiglia).**

Poiché, i piani sanitari sono già esclusi dalla base imponibile e contributiva fino all'importo di 3.615,20€ all'anno, la convenienza aggiuntiva data dall'accredito delle somme sul conto welfare consiste nell'avere una maggiore disponibilità di risorse per finanziare piani sanitari migliorativi.

Attenzione! Poiché la deducibilità fiscale per l'assistenza sanitaria viene riconosciuta contestualmente agli addebiti mensili, nel caso di utilizzo del conto welfare, il beneficio fiscale riconosciuto nei mesi precedenti viene decurtato nel bollettino stipendio di suppletoria.

Viene in ogni caso garantita la piena deducibilità degli importi su base annua.

Per utilizzare il conto welfare per le spese sanitarie, occorrerà compilare il modulo disponibile al percorso [HR Gate Italia > From Welfare & Benefit > Piano Welfare > IL TUO PIANO WELFARE > SALUTE > ASSISTENZA SANITARIA](#) indicando l'importo che si vuole recuperare.

IN EVIDENZA

Grazie all'accordo del **28 Giugno 2014** fortemente voluto dalle Organizzazioni Sindacali la copertura sanitaria è stata estesa alle stesse condizioni di tutti i dipendenti del gruppo UniCredit anche ai neo assunti con contratto di **Apprendistato Professionalizzante post 18 Ottobre 2010**

A cura della segreteria FIRST CISL di UniCredit Group

20 Gennaio 2016

