



UILCA GRUPPO MPS FOCUS

ANNO XXIII — NUMERO I

In questo numero parliamo di...

Polizza Sanitaria 2023...

Carissime Iscritte,

Carissimi Iscritti,

in questo numero di **UILCA Gruppo MPS Focus** abbiamo elaborato una sintesi delle principali caratteristiche della Polizza Sanitaria per i Dipendenti della Banca e i familiari assicurati.

Come di consueto i servizi saranno offerti attraverso la Cassa Sanitaria Caspie con l'utilizzo della Rete Poste Assicura, mentre la convenzione è stata rinnovata per il biennio 2023/2024.

Vista la tendenza generalizzata a ricorrere sempre più alle prestazioni sanitarie, sia a livello di Gruppo che di sistema, si è previsto di pari passo un crescente investimento economico teso a rinforzare le coperture già in essere e ad introdurre **due importanti novità**.

La prima riguarda l'azzeramento della franchigia per le prestazioni di medicina preventiva, anche qualora queste vengano effettuate fuori Rete Convenzionata POSTE ASSICURA.

La seconda, invece, riguarda l'aumento di circa il 20% del massimale per ricoveri e interventi.

Per i Dipendenti in servizio, gli Aderenti al Fondo di Solidarietà e per i rispettivi familiari fiscalmente a carico la copertura continuerà ad essere integralmente pagata dalla Banca; inoltre non saranno previsti incrementi di premio per l'estensione della polizza ai familiari non fiscalmente a carico.

Raccomandiamo in ogni caso per completezza di informazione, una lettura integrale della normativa di riferimento "Programma spese mediche per i dipendenti della banca" (D1557), del Manuale Caspie e dei disciplinari caricati presso la propria Anagrafica su Caspieonline.

Il piano di rimborso delle spese mediche è ad oggi, e continuerà ad essere in futuro, una componente imprescindibile del Welfare; tuttavia, considerata la situazione che il nostro Gruppo sta vivendo ormai da diversi anni, il rinnovo biennale della copertura non era affatto scontato, e sta a testimoniare il grande sforzo messo in campo da parte delle OO.SS.

Buona lettura!

TEAM COMUNICAZIONE UILCA MPS

FEB - 2023

SOMMARIO:

Introduzione a cura del Team Comunicazione Uilca Mps	1
Programma di rimborso spese mediche per i Dipendenti della Banca	2
Date e scadenze 2023	3
Contatti Caspie	4
Nucleo familiare assistito 2023	5
Familiari fiscalmente non a carico	6
Prestazioni 2023	7
Richiesta in forma diretta	8
Richiesta in forma indiretta	10
Documentazione necessaria	11
Medicina preventiva e cure dentarie	12
INDENNITA' PER MALATTIA GRAVE	13
FACCI SAPERE COSA NE PENSI!	14



Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

DOCUMENTO 1557 NORMATIVA AZIENDALE BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA S.P.A

La Banca garantisce al Personale un Programma di rimborso delle spese mediche sostenute a seguito di malattia, infortunio e medicina preventiva, in regime assicurativo con POSTE ASSICURA per il tramite della Cassa di Assistenza Sanitaria CASPIE.

Sono ammesse al rimborso le **spese sostenute nelle strutture sanitarie di tutto il mondo.**

Il Programma di Rimborso Spese Mediche (RSM) è adottato per il 2023 dalla Banca MPS per garantire le prestazioni sanitarie per il **Personale in servizio** e ne dettaglia i contenuti riservati alle seguenti categorie:

- Dirigenti;
- Quadri Direttivi di 3° e 4° livello;
- Quadri Direttivi di 1° e 2° livello e 1a, 2a e 3a Area Professionale.

Gli specifici contenuti dei Programmi relativi al Personale in quiescenza e nel "Fondo di solidarietà per la riconversione e riqualificazione professionale, per il sostegno dell'occupazione e del reddito del personale del credito" (di seguito Fondo di Solidarietà) sono definiti con specifiche comunicazioni agli interessati.

La copertura viene fissata in relazione all'inquadramento ricoperto all'inizio dell'anno (01.01.2023) a nulla rilevando eventuali promozioni intervenute nel corso dell'anno medesimo, anche con decorrenza precedente al 01.01.2023.

L'ASSISTENZA E' OPERANTE

- ⇒ Indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assistito/i;
- ⇒ Per il Personale in servizio durante il permanere del rapporto di lavoro con l'Ente aderente, l'assistenza cessa al cessare del rapporto di lavoro stesso.
- ⇒ In caso di cessazione con diritto a pensione, l'assistenza rimane attiva fino al 31 dicembre dell'anno assistenziale di cessazione dal servizio;
- ⇒ Per il personale inserito nel "Fondo di solidarietà per il sostegno del reddito", fino alla scadenza annuale dell'assistenza successiva alla cessazione del riconoscimento dell'assegno straordinario;
- ⇒ Senza limitazioni territoriali.

Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

NUCLEO FAMILIARE 2023

È opportuno verificare il nucleo familiare assicurato, così come proposto da CASPIE e che rappresenta la situazione al 31.12.2022 (www.caspieonline.it> area riservata> anagrafica).

Il nucleo familiare incluso in assistenza 2023 è **visualizzabile dal 20 gennaio al 12 febbraio 2023**.

Nello stesso periodo le eventuali **variazioni** (inclusioni, esclusioni) possono essere aggiornate direttamente **nel portale**.

Se entro il 12 febbraio **non vengono inserite modifiche**, CASPIE considera in **copertura 2023 i componenti del nucleo familiare 2022**, in modo da garantirne la continuità assicurativa



PRESTAZIONI 2023

Dal 20 gennaio per i Dipendenti e per i familiari fiscalmente a carico è possibile accedere alle **prestazioni in convenzionamento diretto** attraverso la rete di POSTE.

Dal 15 febbraio è possibile inoltrare nel portale CASPIE le **richieste di rimborso** delle spese mediche sostenute autonomamente¹.

Dal 27 febbraio sono disponibili i **convenzionamenti diretti** anche per i **familiari fiscalmente non a carico**.
Da marzo inizia la **liquidazione delle richieste** di quest'anno già inserite.

Volantone informativo UILCA Mps relativo alle scadenze e ai contatti della nuova Polizza sanitaria.

Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

**CONTATTI
CASPIE**

CONTATTO TELEFONICO CON LA CENTRALE OPERATIVA

NUMERO VERDE CASPIE 800254313

tasto 6 (dedicato agli assistiti del Gruppo MPS) Tutti i giorni feriali, dal lunedì al venerdì, dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 17.00 tramite Numero Verde dedicato alla gestione 800.254.313 Tasto 6, valido per le chiamate dall'Italia ovvero tramite n. +390399890443 valido per le chiamate dall'estero .

- ⇒ Opzione 1 per informazioni sulla normativa e sulle richieste di rimborso
- ⇒ Opzione 2 per assistenza sul portale web
- ⇒ Opzione 3 per informazioni sulla Rete Convenzionata

INDIRIZZI E-MAIL

www.caspieonline.it -> area riservata

- **rimborsi@caspie.it** (per informazioni sulle pratiche di rimborso e sulle normative assistenziali),
- **autorizzazioni@caspieonline.it** (per informazioni sulla Rete Convenzionata o l'attivazione urgente di prestazioni in forma diretta),
- **anagrafica@caspie.it** (per ogni informazione relativa al nucleo familiare assicurato),
- **webcaspie@caspie.it** (per problemi di accesso al portale Caspieonline),
- **reclami@caspie.it**.

PROCEDURA DI RECLAMO FORMALE

Per presentare un reclamo relativo alle liquidazioni delle richieste di rimborso per prestazioni sanitarie, è necessario inviare apposita comunicazione a **Poste Assicura S.p.A., Ufficio Customer Care, Viale Beethoven, 11 00144 – Roma, via fax al n° 06.5492.4402** o via email all'indirizzo **reclami@poste-assicura.it**.



Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO

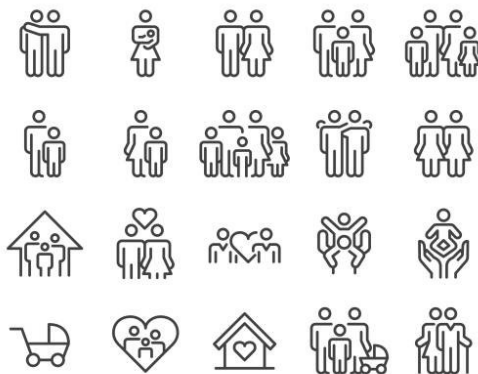
Il contributo corrisposto dalla Banca consente l'attivazione delle prestazioni previste dal Programma RSM in favore del Dipendente e dei seguenti **familiari fiscalmente a carico**:

- **il coniuge** non legalmente o effettivamente separato; parte di unione civile;
- **i figli**; la copertura si intende estendibile anche in caso di affido o adozione.

Sono considerati fiscalmente a carico i familiari che percepiscono un reddito annuo lordo non superiore ai limiti previsti (attualmente 2.840,51 euro, eccetto per i figli sino a 24 anni di età per i quali il limite viene innalzato a 4.000 euro).

La persona 'convivente more uxorio' è sempre considerata non a carico fiscalmente.

Il requisito del carico fiscale deve essere accertato – di norma - al momento della decorrenza delle prestazioni (inizio anno 2023); la Banca si riserva di effettuare i necessari controlli per verificare la sussistenza del carico fiscale.



Ai fini del Programma RSM, sono considerati **familiari fiscalmente non a carico**, con **contributo a carico del Dipendente** :

- **il coniuge fiscalmente non a carico** e non legalmente o effettivamente separato; parte di unione civile;
- **convivente more uxorio** purché ricompreso nello stesso stato di famiglia del Dipendente ;
- **i figli fiscalmente non a carico** purché **conviventi**, cioè ricompresi nello stesso stato di famiglia del Dipendente

Non è consentito l'inserimento nel Programma RSM di altri familiari, anche se conviventi e a carico del Dipendente, quali i genitori, i figli del coniuge o della parte di unione civile (e non del Dipendente) o della 'persona convivente more uxorio', i suoceri, i fratelli, le sorelle, i nipoti, ecc.

Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO

L'adesione al Programma dei familiari fiscalmente non a carico **deve avvenire senza soluzione di continuità, pena la decadenza al diritto di inclusione al Piano; ne consegue che l'eventuale esclusione per l'annualità 2023 di un familiare non a carico già inserito in copertura nel 2022, preclude la possibilità di includere il familiare negli anni successivi;**

Eventuali modifiche al nucleo familiare assicurato, devono essere comunicate scrivendo a anagrafica@caspie.it;

L'esclusione anticipata dal Piano di un familiare fiscalmente non a carico, rispetto al vincolo dei 12 mesi, è consentita soltanto al verificarsi dei seguenti motivi:

- separazione o divorzio;
- uscita dallo stato di famiglia;
- adesione ad altra analoga copertura sanitaria collettiva o individuale;
- reddito percepito inferiore al limite per essere considerati non a carico;
- decesso.

Nei casi citati, il contributo è dovuto comunque per l'intera annualità in cui è avvenuto l'evento, senza quindi previsione di rimborso della quota parte.

Il contributo annuo per ogni familiare non fiscalmente a carico, comprensivo del contributo per spese odontoiatriche, è di:

- Euro 450,00 per Aree Prof. e Quadri Direttivi di 1° e 2° Liv.
- Euro 650,00 per Dirigenti e Quadri Direttivi di 3° e 4° Liv.

Con possibilità di conferirlo a CASPIE, mediante addebito in c/c preventivamente autorizzato, in unica soluzione o in formula rateizzata.

La copertura decorre dal 1° gennaio 2023, fatti salvi i casi di ingresso del familiare nel nucleo in corso d'anno (ad esempio per matrimonio, nascita, ecc.).

Nei casi in cui la copertura di un familiare inizi nel secondo semestre, per i seguenti motivi:

- assunzione del Dipendente ,
- matrimonio o inizio convivenza successivi al 30.06.2023,

Il contributo richiesto è pari al 60% del contributo annuale.

Programma spese mediche per i Dipendenti della Banca

PRESTAZIONI

"malattia": ogni alterazione dello stato di salute non Dipendente da infortunio

"infortunio": ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

NON RIENTRANO NELLA COPERTURA

- ⇒ VISITE, ACCERTAMENTI E QUANT'ALTRO CONCERNENTI LA MEDICINA PREVENTIVA, AD ECCEZIONE DI QUANTO INDICATO A PAGINA 7 DEL DISCIPLINARE;
- ⇒ VISITE, ACCERTAMENTI E QUANT'ALTRO INERENTI IL SEGUIMENTO DI NORMALI STATI FISIologici (GRAVIDANZA, ANDROPAUSA, MENOPAUSA, FAMILIARITÀ, ECC.).
- ⇒ PRESTAZIONI CON CERTIFICAZIONE MEDICA RIPORTANTE SINTOMATOLOGIA GENERICA

Il Piano prevede il pagamento delle prestazioni oggetto dell'assistenza con le seguenti modalità:

- **Prestazioni effettuate in regime di convenzione diretta** con le strutture della rete **Poste Protezione** visualizzabile in www.caspieonline.it -> rete sanitaria: sono corrisposte dalla Compagnia Assicuratrice direttamente alle Strutture nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile prevista ai termini di Disciplinare per la prestazione effettuata; all'assistito resta l'onere di regolare alla citata Struttura l'eventuale quota prevista per franchigia e/o scoperto.
- **Prestazioni effettuate fuori regime di convenzione diretta**: le spese sostenute dall'assistito vengono rimborsate al netto dell'eventuale franchigia e/o scoperto, nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile prevista ai termini di Disciplinare per la prestazione effettuata.

La Compagnia Assicuratrice provvede a riconoscere agli assistiti le somme ammesse a rimborso a mezzo di bonifico bancario sul conto corrente dell'interessato, ovvero sul conto corrente indicato nell'area personale del portale CASPIE.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

COSA FARE IN CASO DI:

RICHIESTA IN FORMA DIRETTA:

L'Assistito usufruirà del Network PosteProtezione per attivare la modalità di accesso alle prestazioni in Forma Diretta e pertanto dovrà:

- accertarsi, tramite il sito www.caspieonline.it o tramite il sito www.postewelfareservizi.it (trova la struttura) o tramite il Numero Verde 800.254.313 Tasto 6, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle 13,00 e dalle 15,00 alle 17,00, che la Struttura sia convenzionata con il Network PosteProtezione.



- Prima di avvalersi delle prestazioni presso una Struttura convenzionata, si può scegliere il medico convenzionato contattando direttamente la Struttura; qualora il medico non fosse convenzionato, l'Assistito dovrà anticipare il pagamento delle prestazioni e chiederne il successivo rimborso.
- Per effettuare una prestazione ambulatoriale o di ricovero in forma diretta, l'assistito dovrà contattare direttamente e con congruo anticipo la struttura per prendere appuntamento, specificando di voler usufruire della convenzione con il Network PosteProtezione;

Una volta prenotata la prestazione, l'assistito dovrà consegnare alla struttura la prescrizione medica indicante diagnosi/quesito diagnostico ed ogni altra documentazione o specifica informazione necessaria ai fini dell'autorizzazione, come indicato sul Disciplinare di riferimento (che dovrà essere sempre preventivamente consultato), affinché questa possa, dopo aver identificato l'assistito attraverso il codice adesione PosteAssicura, procedere alla richiesta di autorizzazione per la prestazione.

ATTENZIONE: LE SPESE PRE-RICOVERO/INTERVENTO AMBULATORIALE, NON ESSENDOSI ANCORA VERIFICATO "L'EVENTO PRINCIPALE" (CIOÈ IL RICOVERO), NON POSSONO ESSERE AUTORIZZATE PREVENTIVAMENTE. PERTANTO LE SPESE POTRANNO ESSERE PRESENTATE IN FORMA RIMBORSUALE (GARANZIA RICOVERI) SOLO SUCCESSIVAMENTE AL VERIFICARSI DELL'EVENTO PRINCIPALE (RICOVERO) ALLEGANDO ALLA RICHIESTA DI RIMBORSO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE MEDICA RELATIVA ALL'EVENTO PRINCIPALE (CARTELLA CLINICA/RELAZIONE CLINICA); DIVERSAMENTE LE SPESE VERRANNO LIQUIDATE (IN PRESENZA DI DIAGNOSI O QUESITO DIAGNOSTICO) SECONDO LE SPECIFICHE GARANZIE SE PREVISTE DAL DISCIPLINARE DI RIFERIMENTO.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**FASE AUTORIZZATIVA**

La Centrale Operativa, esperiti i necessari controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione della richiesta avanzata dalla struttura (verifica dell'assistenza, analisi di pertinenza della prestazione richiesta rispetto alla diagnosi di patologia accertata o presunta, capienza di massimale ecc.).

L'analisi della documentazione ricevuta può dar luogo a:

- **Negazione della Richiesta di Presa in carico.** La Centrale Operativa, in caso di non autorizzabilità (es. esaurimento massimali, prestazioni non previste, prestazioni non pertinenti con la diagnosi indicata, altro) ne darà comunicazione all'Assistito con una lettera di reiezione presente in area riservata e alla Struttura Sanitaria via mail.
- **Accettazione della Richiesta di Presa in carico.** La Centrale Operativa, in caso di esito positivo, autorizzerà la Struttura Sanitaria (via mail) ad erogare la prestazione con il servizio di pagamento diretto, indicando le spese rimaste a carico dell'Assistito in ottemperanza a quanto previsto dal Disciplinare di riferimento. Anche l'Assistito riceverà una mail con il numero di autorizzazione. In nessun caso l'Autorizzazione potrà ritenersi vincolante rispetto al successivo rimborso che potrà avvenire solo a seguito di ricezione della documentazione completa da parte della Struttura Sanitaria e della sua valutazione.

Nel caso si verifichi nel corso dell'accertamento/ricovero autorizzato la necessità di effettuare una prestazione diversa rispetto a quella autorizzata, l'Assistito, per mezzo della Struttura sanitaria, dovrà chiedere rettifica della Presa in Carico che sarà oggetto di nuova autorizzazione da parte della Centrale Operativa. In caso contrario, l'Autorizzazione si intenderà rilasciata esclusivamente per la prestazione inizialmente richiesta e tutto quanto effettuato in variazione rimarrà a carico dell'Assistito.

La Struttura sanitaria erogherà la prestazione sulla base di quanto indicato nell'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e tratterrà all'Assistito esclusivamente gli importi rimasti a suo carico secondo quanto previsto dal Disciplinare di riferimento. L'Assistito firmerà la Dichiarazione di Responsabilità alla Struttura Sanitaria. In assenza di quest'ultima non sarà possibile effettuare le prestazioni in forma diretta. Sarà la Struttura Sanitaria ad inviare alla Centrale Operativa tutta la documentazione medica e di spesa relativa alla prestazione fruita ed il pagamento avverrà in forma diretta alla Struttura/professionisti in virtù dell'accordo di convenzionamento.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

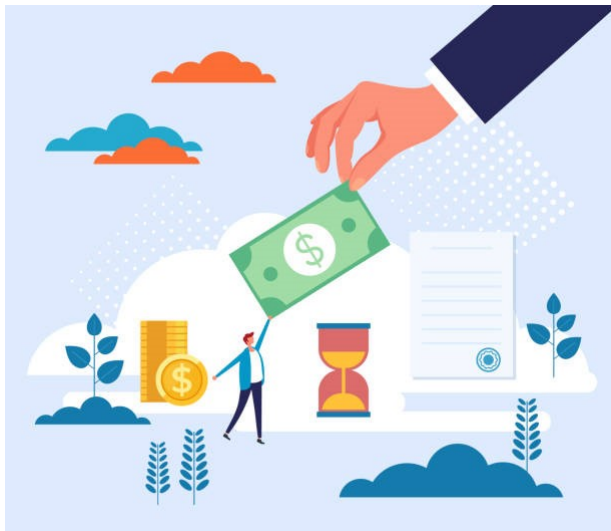
COSA FARE IN CASO DI:

RICHIESTA IN FORMA INDIRECTA- RIMBORSUALE :

Qualora l'Assistito fruisca di prestazioni sanitarie non avvalendosi delle Strutture Sanitarie convenzionate (compreso l'utilizzo del SSN), potrà richiedere il rimborso delle spese sostenute che avverrà secondo quanto stabilito dal Disciplinare.

In questo caso l'Assistito, a cure ultimate, dovrà inviare alla CASPIE tutta la documentazione sanitaria e di spesa:

- ◆ Via Web : nell'Area Riservata del sito www.caspieonline.it con caricamento (upload) della documentazione completa.
- ◆ Tramite APP: mediante l'applicazione mobile compatibile sia per IOS che per Android e previa registrazione sul sito www.caspieonline.it



Qualora l'Assistito non disponesse di accesso ad Internet o di uno smartphone, la documentazione potrà essere inoltrata tramite posta al seguente indirizzo:

**CASPIE – Via Ostiense 131 L
Corpo D Sesto Piano – 00154 Roma**

La documentazione inoltrata (via posta) dovrà essere prodotta IN FOTOCOPIA. Eventuali originali che dovessero pervenire per errore non verranno restituiti a meno di richiesta scritta da parte

dell'Assistito inviata tramite Posta ordinaria e nell'esclusivo caso di richiesta da parte dell'Autorità competente (Agenzia delle Entrate).

La copia della cartella clinica dovrà essere completa e conforme all'originale.

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA**La documentazione dovrà essere**

- Inoltrata (via web/posta), entro i termini previsti dal Disciplinare di riferimento;
- Accompagnata dal Modulo di Richiesta di Rimborso (disponibile nella sezione modulistica del sito www.caspieonline.it) debitamente compilato e firmato segnatamente nella parte relativa all'autorizzazione al Trattamento dei dati sensibili in assenza della quale la richiesta di rimborso non potrà essere definita (motivo di sospensione);
- Completa ai fini del rimborso;
- **In caso di spese riferite ad infortunio dovrà sempre essere allegato verbale di Pronto Soccorso o, in caso di mancato accesso al pronto soccorso, autocertificazione contenente la data ed il luogo dell'infortunio e la dinamica dettagliata; fatta eccezione per la fisioterapia e la laserterapia post infortunio, rimborsabili solo ed esclusivamente in presenza del verbale di pronto soccorso ospedaliero o equivalente struttura ospedaliera comprovante l'avvenuto l'infortunio.**
- In caso di **intervento ambulatoriale** dovrà sempre essere allegata prescrizione medica completa di patologia, nonché descrizione dettagliata dell'intervento con indicazione della tecnica utilizzata;
- In caso di **ricovero con o senza intervento** dovrà sempre essere allegata la cartella clinica completa di diario clinico ed eventuale verbale di sala operatoria;
- In caso di spese riferite a **gravidanza in presenza di stato patologico accertato o presunto** dovrà sempre essere allegato il certificato medico attestante lo stato fisiologico e la data presunta del parto, oltre alla prescrizione medica;
- In caso di spese riferite a **visite o ad accertamenti diagnostici**, per ogni prestazione, dovrà sempre essere presente il sospetto patologico accertato o presunto;

Non potranno essere ammessi a rimborso documenti di spesa che presentino cancellature o correzioni (es.: l'apposizione anche successiva della diagnosi deve essere timbrata e firmata dal medico.

MEDICINA PREVENTIVA

In caso di spese riferite alla medicina preventiva non è necessariamente richiesta la prescrizione medica; qualora, dalla documentazione prodotta (eventualmente anche quella inerente l'avvenuto pagamento), sia desumibile che trattasi di prestazione effettuata per prevenzione/accertamento preventivo/controllo/ecc. relativa ad una delle tipologie previste dal Disciplinare di riferimento in fase di caricamento sul portale web, si dovrà indicare che trattasi di prestazioni per "medicina preventiva".

Il rimborso viene accordato senza alcuno scoperto per le prestazioni effettuate sia in convenzione diretta con il Network Poste Protezione che fuori convenzione.

Il limite assistenziale è pari € 750,00 anno/nucleo. Si precisa che ciascun esame non può essere effettuato più di una volta da ciascun assistito.



CURE DENTARIE

Limitatamente al Piano Cure dentarie (Disciplinare F), viene mantenuta la modalità dell'auto-assicurazione in cui si prevede che le prestazioni vengano erogate entro le sole disponibilità finanziarie destinate allo scopo all'inizio di ciascuna annualità e secondo quanto previsto dalla normativa (disciplinari).

La Polizza rimborsa le spese per prestazioni odontoiatriche entro il limite massimo di € 800,00 anno/nucleo (intendendo per nucleo l'Assistito e tutti i componenti del nucleo fiscalmente a carico) e di € 800,00 anno/pro-capite per ciascuno dei familiari fiscalmente non a carico inseriti in assistenza. La CASPIE effettua il rimborso direttamente all'Assistito, anche per le spese che riguardano altri componenti del nucleo familiare.

Il rimborso delle cure dentarie 2022 presentate entro il 31 gennaio 2023 saranno, come di consueto, accreditate nei c/c degli Assistiti presumibilmente entro la fine del mese di marzo.

INDENNITA' PER MALATTIA GRAVE

La CASPIE eroga un'indennità una tantum per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di "malattia grave", al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tale evento.



L'indennità sarà pari a € 4.000,00, in caso di accadimento, in corso di assistenza, di uno dei gravi eventi definiti dal Disciplinare per il 2023/2024 all'articolo 6 pag. 4 "Definizione di malattia grave".

L'indennità verrà erogata solo qualora l'insorgenza della malattia (data della prima diagnosi), comprovata da certificazione medica e cartella clinica, sia successiva al 31/12/2012 (o comunque successiva alla data di inserimento in assistenza dell'Assistito infermo) e solo in caso di permanenza in vita dell'Assistito infermo alla data della richiesta di rimborso.

Il pagamento dell'indennità avverrà una sola volta per ciascuna malattia.

Inoltre, la CASPIE eroga un'indennità annuale di € 4.000,00 a sostegno delle famiglie in caso di: Gravi patologie che siano in grado di causare un'invalidità permanente di grado elevato e le patologie neurologiche e psichiatriche insorte entro il 18 anno di età (es. autismo, encefalopatie tossiche ed infettive) in grado di determinare una grave invalidità permanente.

La definizione di patologia grave, con invalidità permanente, presuppone il concetto di perdita di 5 autonomia negli atti quotidiani e/o perdita dell'autonomia deambulatoria.

Ai fini del riconoscimento della sopracitata indennità - che verrà riconosciuta fino ed entro l'anno di compimento del 18esimo anno di età del figlio portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 4 della Legge 05 febbraio 1992 n. 104 - comma 3 art. 3 - è richiesta la seguente documentazione, che sarà sottoposta al parere della Commissione Paritetica previo parere del Medico Legale di Caspie:

- Diagnosi certificata da idonee strutture sanitarie pubbliche;
- Verbale di accertamento dell'handicap rilasciato da Ente a ciò deputato (Commissione Medica presente nell'Asl di competenza - portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art.3, comma 3, L. 5.2.1992, n.104).

EDITORIALE DEL TEAM COMUNICAZIONE UILCA MPS

**Contenuti a cura di
Lucia Rinaldi e Siria Boccacini**

FACCI SAPERE COSA PENSI!

Ti è piaciuta questa nuova pubblicazione?
Hai trovato utili gli argomenti inseriti?

Esprimi la tua opinione!

Ascolteremo tutte le vostre proposte per crescere e migliorare insieme!

Facci sapere se c'è un argomento che gradiresti fosse approfondito in queste pagine di

Uilca Gruppo MPS Focus!

TUTTE LE IMMAGINI UTILIZZATE SONO COPYLEFT (WWW.PIXABAY.COM)



Via Ricasoli 40
uilca.mps@uilca.it
0577 48589 - 0577 299719
uilca.mps@uilca.it

UILCA GRUPPO MPS



UIL CREDITO ESATTORIE
E ASSICURAZIONI

UILCA GRUPPO MONTEPASCHI

Tutto e di più dal tuo sindacato

NON SEI ANCORA ISCRITTO?

**CLICCA QUI PER SCARICARE LA DELEGA
E USUFRUIRE DELLA NOSTRA ASSISTENZA
E DEI NOSTRI SERVIZI**

O SCRIVI A UILCA.MPS@UILCA.IT