



Federazione Autonoma Bancari Italiani
Segreteria di Coordinamento Gruppo UniCredito Italiano



info@fabiunicredit.org - www.fabiunicredit.org

Portiamo a conoscenza di tutti i colleghi ex Credit, ex Rolo ed ex CRT che, il giorno 10 Maggio 2005, si è svolto a Bologna un incontro con Unisalute, al fine di fare chiarezza sul comportamento messo in essere dalla compagnia dopo il rinnovo per l'anno 2005 delle varie prestazioni sanitarie.

Alla riunione, per la Fabi, erano presenti i colleghi Zamboni Roberto, Baldazzi Fausto e Cefaloni Stefano.

Sono stati richiesti, con forza e formali proteste, chiarimenti su:

1. tempi di liquidazione diventati lunghissimi;
2. lunghe attese per parlare con gli operatori;
3. assenza di motivazioni per rimborsi negati;
4. peggioramento dei rapporti fra utente e compagnia;
5. tempi di prenotazione delle visite molto lunghi e una rete convenzionale ancora scarsa o assente in alcune zone d'Italia;
6. chiarezza su malformazioni e/o difetti fisici in quanto garanzie non operanti.

RISPOSTE

1. I tempi di liquidazione si sono allungati a detta di Unipol, solo per il fatto che, con il rinnovo della polizza per il 2005, circa 20.000 persone hanno mutato il tipo di convenzione rispetto al 2004 e che ciò ha comportato per la compagnia cambiamenti di prestazioni, franchigie e massimali, che li hanno costretti a nuovi controlli e verifiche; il ritardo, garantiscono, rientrerà subito su tempistiche più brevi.
2. hanno preso nota delle lunghe attese per parlare con gli operatori. Ci hanno illustrato, con i dati dell'aumento delle chiamate rispetto al 2004 giustificato dal cambio di convenzione da parte di 20.000 utenti, che è nato un bisogno di nuove informazioni;
3. riguardo all'assenza di motivazioni sui rimborsi negati hanno garantito di aver istituito una "tendina" nel programma (con garanzia della privacy), che, permettendo al singolo la lettura della motivazione, consentano di evitare lunghe ed inutile attese al telefono e di conoscere il motivo con chiarezza; adoperandosi pertanto per la risoluzione corretta (esempio documentazione incompleta, manca indicazione dello specialista, etc..);
4. relativamente al peggioramento dei rapporti tra utente e compagnia hanno presentato formali scuse con impegno, attraverso i chiarimenti fatti durante l'incontro odierno, al miglioramento della gestione del rapporto ;
5. sui tempi di prenotazione, garantiscono di intervenire immediatamente sulla rete, perché i tempi di attesa siano ridotti al minimo (a detta loro la celerità dei tempi di prenotazione è il loro fiore all'occhiello!!!);
6. su questo punto ci viene fornita la nota tecnica che alleghiamo:

“Nota tecnica su gestione malformazioni/difetti fisici nei piani sanitari del personale del Gruppo UniCredito italiano

Il sistema di gestione dei rapporti con gli Assicurati attraverso la Centrale Operativa, principale erogatore dei servizi, è concepito in modo peculiare in tutte le sue fasi (contatti informativi, richiesta di attivazione delle prestazioni, invio autorizzazioni alla struttura convenzionata, prenotazioni) per l'utilizzo delle strutture sanitarie convenzionate con Unisalute.

Qualora l'Assicurato si avvalga di questa opportunità, che presenta per lui indubbi vantaggi economici e amministrativi, l'attività volta alla verifica dell'operatività della garanzia assicurativa viene compiuta in via preventiva all'effettuazione della prestazione poiché, con il successivo invio del fax di autorizzazione alla struttura sanitaria, Unisalute contrae con quest'ultima un impegno a sostenere il costo della prestazione autorizzata.

Questa procedura può essere attivata nel caso di opzione per la rete convenzionata poiché l'intero iter di valutazione e autorizzazione viene compiuto nell'ambito di un sistema definito e concordato, che tende a ridurre al minimo casi di non coerenza tra la tipologia d'intervento richiesta e l'intervento che, dalla documentazione successiva inoltrata dall'assicurato, risulta essere stato realmente effettuato.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato utilizzi una struttura non convenzionata o personale medico non convenzionato, non è necessario (né previsto) il preventivo contatto a fini autorizzativi, poiché la valutazione di operatività della garanzia assicurativa verrà compiuta esclusivamente a posteriori in base alla risultanze della cartella clinica o comunque della documentazione inviata.

Per quanto riguarda le malformazioni e i difetti fisici, per i quali la garanzia non è operante ai sensi del punto 7 delle “Esclusioni dall'assicurazione”, vengono di seguito indicati alcuni casi nei quali verranno applicate le modalità sopra esposte qualora l'Assicurato chieda alla Centrale Operativa di effettuare la prestazione nella rete convenzionata.

Le fattispecie in questione sono:

- ernie inguinali e ombelicali;
- insufficienza venosa (safena, vene varicose, emorroidi);
- alluce valgo.

Laddove, quindi, l'Assicurato decida per l'utilizzo di una struttura convenzionata e di personale medico convenzionato, gli verrà richiesto dalla Centrale Operativa l'invio di idonea documentazione medica per la valutazione preventiva dell'operatività della garanzia assicurativa.

In base all'esito della verifica medica sulla documentazione prodotta, qualora l'evento rientri nella copertura assicurativa in quanto sussistano una patologia o comunque disturbi fisici, si procederà con l'invio della relativa autorizzazione alla struttura e alla prenotazione.

Nel caso di effettuazione della prestazione con modalità a rimborso, verrà invece seguito il normale iter procedurale dei sinistri rimborsuali sopra indicato (valutazione a posteriori dell'operatività della garanzia assicurativa, sulla base della documentazione presentata a corredo della domanda di rimborso).

I criteri che verranno seguiti in sede di liquidazione dei sinistri rimborsati saranno comunque i medesimi adottati nell'autorizzare l'utilizzo di struttura convenzionata.””

**Segreteria di Coordinamento
Gruppo UniCredito Italiano**

Milano, 11 maggio 2005