

Novara/Verona, 10 dicembre 2025

Circolare n. 105/2025

AGLI ASSOCIATI IN SERVIZIO ED IN ESODO

Gentili Associati,

come noto, con l'“*Accordo di percorso armonizzazione welfare – ambito assistenza sanitaria*” del 30 luglio 2025, il Banco BPM e la Delegazione Sindacale di Gruppo (di seguito le Parti) hanno condiviso la realizzazione di importanti e decisivi obiettivi in materia di assistenza sanitaria integrativa, nell'ottica di pervenire con gradualità ad una normativa e ad un trattamento economico omogenei per i lavoratori del Gruppo Banco BPM.

In relazione a quanto precede, con la presente le scriventi forme sanitarie CASPOP e FAS, ad esito dei previsti adempimenti societari¹, intendono rendere noti i contenuti essenziali dell'intervenuta intesa e le relative determinazioni attuative, facendo riferimento esclusivamente alle previsioni di vostro diretto interesse.

Scioglimento e messa in liquidazione della forma assicurativa CASPOP e trasferimento dei beneficiari CASPOP a FAS

Le Parti hanno anzitutto condiviso che la realizzazione dei suddetti obiettivi avvenga sulla base di un processo di razionalizzazione graduale improntato al superamento delle forme di natura assicurativa attualmente presenti nel Gruppo e pertanto hanno definito lo scioglimento e la messa in liquidazione della forma assicurativa CASPOP a far tempo dal 1° gennaio 2026.

Le medesime Parti hanno quindi individuato il fondo sanitario FAS quale forma deputata a gestire anche le coperture sanitarie di natura assicurativa oggi facenti capo alla forma CASPOP.

In attuazione della sopra descritta previsione dell'accordo, le Parti hanno conseguentemente concordato anche il trasferimento a FAS - sempre a far data dal 1° gennaio 2026 - di tutti i beneficiari (iscritti alla data del 31.12.2025) dei trattamenti oggi ascrivibili alla forma CASPOP la quale, cessando le proprie attività, rimarrà operativa solo ed esclusivamente per il tempo tecnico occorrente per l'adempimento

¹ Assemblea straordinaria di FAS conclusasi il 30.10.2025, con l'approvazione delle modifiche statutarie necessarie a garantire l'accesso in FAS della platea dei beneficiari CASPOP, nonché conseguenti adempimenti in sede di Consiglio di Amministrazione delle due forme, relativi allo scioglimento, alla liquidazione di CASPOP, e all'ingresso dei beneficiari CASPOP in FAS.

delle incombenze del processo di liquidazione, normativamente previste.

Temporaneo mantenimento delle coperture assicurative dei beneficiari CASPOP post trasferimento a FAS

Il trasferimento a FAS comporta per la platea di provenienza CASPOP il temporaneo mantenimento delle coperture assicurative e conseguentemente non è previsto l'immediato venir meno delle polizze stesse, come di seguito precisato.

Il fondo FAS, come noto, è una forma sanitaria a gestione mutualistica che, a differenza di CASPOP, amministra la tutela sanitaria integrativa dei propri iscritti in maniera autoassicurata, non avvalendosi dunque di compagnia assicurativa.

Tale differente modalità gestionale potrà essere avviata nei confronti della platea, particolarmente numerosa, dei beneficiari provenienti da CASPOP, al termine di un periodo transitorio della durata di almeno un anno, durante il quale tutti gli attuali beneficiari CASPOP continueranno ad essere destinatari di polizza assicurativa a contraenza FAS, nell'ambito di un'apposita gestione separata di loro pertinenza. Nel corso del periodo transitorio saranno espletate le necessarie attività di approfondimento e analisi propedeutiche a realizzare il passaggio degli ex iscritti CASPOP alla gestione tipica del FAS. Ad esito di tali attività, detto passaggio potrà avvenire anche in modo graduale con adeguamento dei contributi correlati alle prestazioni (comunque nel limite di quanto, tempo per tempo, previsto per gli attuali iscritti FAS). Laddove, in attuazione di detto passaggio si rendesse necessario il versamento di una quota straordinaria a carico degli ex associati CASPOP, saranno utilizzati prioritariamente gli avanzi economici delle precedenti gestioni CASPOP, appositamente trasferiti nella sopra citata gestione separata (oltre al contributo aziendale relativo all'anno 2025 definito con l'Accordo di percorso welfare del 19.12.2024). Nel caso in cui, invece, tale evenienza non si verificasse, gli avanzi medesimi potranno essere utilizzati, sempre a favore della platea di provenienza CASPOP, per migliorare le prestazioni o contenere l'onere contributivo.

Qualora ad esito delle suddette attività di approfondimento e analisi emergesse l'opportunità di non effettuare il passaggio degli ex iscritti CASPOP alle ordinarie prestazioni erogate dal FAS, saranno assunte le opportune determinazioni dalle Parti stipulanti l'accordo, fermo restando che, nelle more di dette valutazioni, gli interessati ex CASPOP rimarranno all'interno della gestione separata di carattere assicurativo.

Adeguamento dei contributi aziendali

Con l'accordo del 30 luglio si è previsto, con decorrenza 1° gennaio 2026, un rafforzamento della contribuzione aziendale annuale a favore della platea del personale in servizio ed in esodo di provenienza CASPOP, con un aumento fino a 610 € per tutti coloro che sono attualmente destinatari di un contributo

di entità inferiore.

Esercizio del diritto di recesso

Si precisa che, ad esito del trasferimento in FAS, ciascun titolare di polizza potrà esercitare il diritto di recesso dalla forma entro 30 giorni dal trasferimento stesso (i.e. entro il 31 gennaio 2026), fermo restando che l'eventuale recesso escluderà definitivamente l'adesione a FAS o ad altre forme di assistenza presenti nel Gruppo, con conseguente perdita del riconoscimento di qualsiasi contribuzione aziendale.

Per quanto ovvio, l'eventuale recesso riguarderà l'intero nucleo assicurato.

Si unisce alla presente apposito modulo che in caso di recesso dovrà essere compilato e trasmesso all'indirizzo e con le modalità indicate nel modulo medesimo (*allegato 1- modulo di recesso*).

Polizze assicurative per gli iscritti ex CASPOP che confluiranno in FAS a decorrere dal 1° gennaio 2026

In ottemperanza alle previsioni del richiamato accordo del 30 luglio 2025, il Consiglio di Amministrazione di CASPOP tenutosi in data 11 novembre 2025 ha approvato la rimodulazione - a valere dal 1° gennaio 2026 - del nuovo impianto delle polizze sanitarie concernenti la platea dei beneficiari in servizio ed in esodo provenienti da CASPOP e ha confermato la compagnia assicurativa UniSalute quale soggetto gestore delle coperture sanitarie per il 2026.

Le polizze assicurative attualmente applicate al personale in servizio e in esodo (BASE, PLUS ed EXTRA) vengono quindi sostituite dalle polizze UNIFICATA e SUPERIORE, a far tempo dal 1° gennaio 2026.

Quanto alla polizza UNIFICATA, si precisa che:

- sostituisce le attuali polizze BASE e PLUS, prevedendo un'unificazione delle garanzie già presenti in dette coperture, con prestazioni migliorate rispetto alla polizza BASE e non significativamente difformi rispetto alla PLUS;
- trova applicazione per tutti gli attuali beneficiari delle polizze BASE e PLUS.

Con riguardo alla polizza SUPERIORE, si evidenzia che:

- sostituisce l'attuale polizza EXTRA, prevedendo prestazioni non significativamente difformi rispetto a quest'ultima;
- trova applicazione per tutti gli attuali beneficiari della polizza EXTRA.

Le informazioni descrittive delle garanzie delle polizze sopra evidenziate sono presenti negli estratti delle garanzie di cui alla copertura UNIFICATA e a quella SUPERIORE, reperibili nel sito CASPOP <https://welfare.bancopopolare.it/assistenza-sanitaria/cassa-assistenza-gruppo-bp/unisalute-guida-ai->

piani-sanitari

Si precisa infine che per l'anno 2026, tutti i titolari delle polizze in argomento avranno possibilità di effettuare - con onere a carico dell'azienda – le prestazioni a carattere preventivo (check-up) indicate al punto 16 degli estratti delle garanzie sopra citati.

Si uniscono in ogni caso alla presente i quadri sinottici delle garanzie di entrambe le polizze in argomento in cui sono elencate le garanzie, i massimali, gli scoperti e le franchigie previste, dandosi anche evidenza di massima delle modifiche intervenute rispetto alle coperture in vigore nell'anno 2025 (*Allegato 2 – Quadri sinottici*).

Costi delle polizze assicurative per l'anno 2026 previste per la platea di provenienza CASPOP e correlate indicazioni di carattere operativo

| | |
|---------------------|---------|
| - Polizza UNIFICATA | € 1.000 |
| - Polizza SUPERIORE | € 1.890 |

I suddetti costi (comprensivi della quota a carico Azienda) prevedono l'inclusione in copertura anche del coniuge fiscalmente a carico, nonché dei figli a carico, conviventi e non conviventi, fino al compimento di 35 anni di età.

Ove nella copertura sanitaria siano compresi coniuge non fiscalmente a carico, convivente more uxorio, figli non fiscalmente a carico ed altri familiari conviventi, nonché familiari componenti il c.d. “nucleo allargato”, i costi sopra ricordati si incrementano come di seguito:

| | | |
|----------------------------|-------|------------|
| - per la polizza Unificata | € 474 | pro capite |
| - per la polizza Superiore | € 788 | pro capite |

Per il solo anno 2026 - in via del tutto eccezionale e non ripetibile - gli attuali titolari della polizza EXTRA destinati a confluire nella polizza SUPERIORE a far data dal 1° gennaio 2026, hanno facoltà di richiedere l'applicazione della polizza UNIFICATA.

Rimane ovviamente confermata per gli attuali titolari delle polizze BASE e PLUS, destinati a confluire nella polizza UNIFICATA a far data dal 1° gennaio 2026, la possibilità di richiedere l'applicazione della polizza SUPERIORE con onere a proprio carico che ovviamente includerà anche le maggiorazioni di costo previste per i familiari “non a carico” già inclusi in copertura.

Eventuali richieste di passaggio alla copertura UNIFICATA o alla copertura SUPERIORE dovranno essere formulate per iscritto all'indirizzo CASPOP@bancobpm.it entro e non oltre la data non derogabile di lunedì 22 dicembre 2025, come da comunicazione unita alla presente (*allegato 3 – Fac simile messaggio per richiesta variazione polizza assicurativa*).

Le contribuzioni personali, determinate sottraendo al costo del piano sanitario di pertinenza il correlativo

contributo aziendale, saranno corrisposte con le modalità già in atto, ovvero, per il personale in servizio, mediante trattenuta sul foglio paga a partire dal mese di febbraio e per il personale in esodo, mediante addebito diretto sul conto corrente, di norma, a partire dal mese di maggio.

Per i familiari è confermato l'obbligo di adesione al medesimo piano sanitario dell'Associato.

Con la presente si comunica infine quanto segue.

VARIAZIONI DEL NUCLEO DEI FAMILIARI ASSICURATI

Si farà seguito alla presente con apposita comunicazione relativa alle indicazioni operative e normative occorrenti per consentire le richieste di variazione del nucleo dei familiari assicurati con effetto 1° gennaio 2026, quali: inclusione in copertura in caso di nascita/matrimonio/inizio convivenza; esclusione dalla copertura; variazione del carico fiscale da “a carico” a “non a carico” e viceversa.

ASA VOLONTARIA

In base all'accordo del 30 luglio 2025, in via eccezionale e per il solo anno 2026, per ragioni tecnico-operative rivenienti dall'attuazione dell'accordo medesimo, si è previsto di posticipare ad inizio 2026 la decorrenza del termine previsto dall'art. 4 del Regolamento ASA che prevede la comunicazione dell'importo dei contributi.

FONDO ASSISTENZA FRA IL PERSONALE DEL GRUPPO BANCO POPOLARE (FAS)
(f.to – il Presidente)

CASSA DI ASSISTENZA DEL GRUPPO BANCO POPOLARE
(f.to – il Presidente)

Allegato 1 – modulo di recesso

Al Fondo Assistenza fra il Personale
del Gruppo Banco Popolare (FAS)
Sez. Iscrizioni
Via Meucci 5 - 37135 Verona

**MODULO DI RECESSO
PER I SOGGETTI GIÀ ADERENTI ALLA CASPOP AL 31.12.2025**

Ai sensi dell'art. 3.1 dell'Accordo Percorso di armonizzazione welfare – ambito assistenza sanitaria del 30 luglio 2025 e degli artt. 1 e 2 del Regolamento della Gestione Separata ex CASPOP

Il sottoscritto _____

Codice fiscale _____

☐ In servizio

☐ In esodo

☐ In quiescenza

☐ Superstite

in qualità di soggetto già aderente alla Caspop alla data del 31.12.2025

COMUNICA

Per sè stesso e per il proprio nucleo familiare assicurato il recesso dal Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare con decorrenza dal 1° gennaio 2026,

Il/La sottoscritto/a dichiara che il proprio nucleo familiare assicurato all'ex Caspop al 31.12.2025 è composto dalle seguenti persone:

| Nome e Cognome | Codice Fiscale | Grado di parentela |
|----------------|----------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DICHIARA

- di essere consapevole che il recesso determina la mancata adesione a FAS con la preclusione in via definitiva (anche in deroga all'art. 3.7 del Regolamento FAS) della possibilità di aderire in futuro a FAS o ad altre forme di assistenza sanitaria integrativa del Gruppo Banco BPM, con conseguente esclusione dal riconoscimento, ove previsto, di qualsiasi contribuzione aziendale;
- di essere consapevole che il termine ultimo per la presentazione del recesso è il 31 gennaio 2026;
- di accettare integralmente e senza riserva gli effetti giuridici del presente modulo;
- che tutte le informazioni fornite nel presente modulo sono veritiere, corrette e complete ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo è effettuato da FAS – Fondo di Assistenza Sanitaria

esclusivamente ai fini della gestione della richiesta di recesso, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del principio di minimizzazione.

L'informativa completa agli interessati è resa disponibile sul sito istituzionale di FAS.

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DELLA RICHIESTA

Il presente modulo, debitamente compilato, firmato e corredato di documento di identità, deve essere trasmesso mediante una delle seguenti modalità:

- PEC (valida ai fini della prova di ricezione): fondoassistenza@pec.bancobpm spa.it
- Raccomandata A/R indirizzata a Sez. Iscrizioni c/o Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare (FAS)
- Via Meucci 5 - 37135 Verona

Non sono ammesse richieste trasmesse tramite e-mail ordinaria o mezzi privi di prova di ricezione.

Come data di presentazione si considera quella di ricezione della presente comunicazione da parte di FAS.

Luogo e data: _____
Firma leggibile del dichiarante: _____

Nota. Allegare copia documento di identità in corso di validità

Allegato 2 - Quadri sinottici

QUADRO SINOTTICO POLIZZA UNIFICATA

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

| Opzione | Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie |
|--|---|
| PRESTAZIONI OSPEDALIERE | |
| Ricovero con/senza intervento, Day Hospital, intervento ambulatoriale, Interventi chirurgici Odontoiatrici Ricovero con intervento, parto cesareo, Day Hospital con intervento, Intervento chirurgico miopia, Intervento chirurgico odontoiatrico Massimale Massimale Grandi Interventi Condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - diretta <ul style="list-style-type: none"> Strutture non "TOP" Strutture "TOP" - rimborso <ul style="list-style-type: none"> Strutture non "TOP" Strutture "TOP" - Ticket | € 250.000,00 230.000,00 Base e 280.000,00 Plus raddoppio del massimale Ricoveri <ul style="list-style-type: none"> scoperto 15% scoperto 30% scoperto 30% minimo € 600,00 scoperto 30% minimo € 600,00 al 100% |
| Ricovero senza intervento, parto naturale, Day Hospital senza intervento Massimale <ul style="list-style-type: none"> - diretta <ul style="list-style-type: none"> Strutture non "TOP" Strutture "TOP" - rimborso <ul style="list-style-type: none"> Strutture non "TOP" Strutture "TOP" - Ticket | € 250.000,00 230.000,00 Base e 280.000,00 Plus <ul style="list-style-type: none"> scoperto 10% scoperto 20% scoperto 20% minimo € 600,00 scoperto 20% minimo € 600,00 al 100% |
| Limite retta di degenza <ul style="list-style-type: none"> - diretta - rimborso | al 100% limite € 360,00 al giorno |
| Accompagnatore <ul style="list-style-type: none"> - diretta - rimborso | <i>escluso per DH</i> al 100% € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni |
| Assistenza infermieristica privata individuale | <i>escluso per DH, Int. Ambulatoriale, Parto/Aborto</i> € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni |
| Pre/post (*) | 100 / 100 giorni (in caso di Trapianto 180 / 180 giorni) <i>Post escluse per DH senza intervento</i> |
| Trasporto sanitario | <i>escluso per DH senza intervento</i> - € 1.500 per ricovero |

| | |
|--|---|
| Sub massimali (cfr ** in fondo alla tabella) | |
| <p>- Intervento Chirurgico Ambulatoriale</p> <p>Massimale</p> <p>- Diretta</p> <p>- rimborso</p> <p>- Intervento chirurgico miopia (Laser)</p> <p>- Parto Cesareo</p> <p>- Parto Naturale ed Aborto terapeutico</p> <p>- Interventi particolari</p> <p>- diretta</p> <p>- rimborso</p> <p>- Colectomia</p> <p>- Meniscectomia/legamenti crociati</p> <p>- Rimozione mezzi di sintesi</p> <p>- Intervento alla spalla</p> <p>- Ernia inguinale</p> <p>- Emorroidi</p> <p>- Adenotonsillectomia</p> <p>- Cataratta</p> | <p>€ 3.500,00 2600,00 Base 4000-Plus SOLO per Rimborso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Franchigia € 250 (eliminaz. Submassimale) • Franchigia € 500 <p>€ 1.200,00 per occhio</p> <p>€ 7.000,00</p> <p>€ 4.000,00</p> <p>come previsto al punto Ricoveri</p> <p>come previsto al punto Ricoveri con i seguenti sottolimiti:</p> <p>€ 6.300,00</p> <p>€ 7.500,00</p> <p>€ 6.300,00</p> <p>€ 6.300,00</p> <p>€ 4.500,00</p> <p>€ 4.500,00</p> <p>€ 4.500,00</p> <p>€ 2.500,00</p> |
| Rimpatrio Salma | Entro il massimale A -ricoveri |
| Indennità sostitutiva | € 75,00 70,00 Base 80-Plus al giorno per massimo 200 giorni 180 Base 200 Plus Anno/Persona |
| Pre/post | in alternativa all'indennità: 100 / 100 giorni 120/120 Plus |
| PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE | |
| B) Alta Specializzazione | |
| Massimale | € 7.500,00 7.000,00 Base 8.500 Plus |
| Condizioni: | |
| - diretta | franchigia fissa € 45,00 per prestazione |
| - rimborso | scoperto 30% minimo € 85,00/invio-patologia |
| Ticket | al 100% |
| C) Visite specialistiche, accertamenti diagnostici | visite omeopatiche SOLO in forma rimborsuale |
| Visite Specialistiche / Accertamenti Diagnostici | |
| Massimale | entro il massimale di B-Alta Specializzazione |
| Condizioni: | |
| - diretta | franchigia fissa € 45,00 per prestazione |
| - rimborso | scoperto 30% minimo € 85,00/invio-patologia |
| Ticket | al 100% |

| | |
|---|---|
| D) Medicinali , anche omeopatici Massimale Condizioni: | entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia fissa € 18,00 per confezione |
| E) Cure oncologiche Massimale (già elevato da 30.000 a 35.000 nel 2025) Condizioni: | € 35.000,00 al 100% |
| F) Agopuntura Massimale Condizioni: | <i>SOLO in forma rimborsuale</i> entro il massimale di B-Alta Specializzazione scoperto 20% minimo € 60,00 per fattura |
| G) Amniocentesi e Villocentesi Massimale Condizioni: | entro il massimale di B-Alta Specializzazione come garanzia B-Alta Specializzazione |
| H) Lenti/ montature Massimale Condizioni: | € 150,00 franchigia € 25,00 per fattura |
| I) Protesi ortopediche/acustiche Massimale (già elevato da 2000 a 2500 nel 2025) Condizioni | € 2.500,00 scoperto 20% minimo € 100,00 per fattura |
| J) Prestazioni di Pronto Soccorso Massimale (<u>già elevato da 1000 a 1300 nel 2025</u>) Condizioni: | € 1.300,00 al 100% |
| K) Psicomotricità Massimale Condizioni: | € 500,00 al 100% |
| L) Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi Massimale Condizioni: - diretta - rimborso Ticket | sub-massimale € 1.500,00 entro il massimale di B-Alta Specializzazione scoperto 10% minimo € 50,00 prest-ciclo scoperto 40% minimo € 150,00 prest-ciclo al 100% |
| M) Cure dentarie da Infortunio Massimale Condizioni: - Diretta - Rimborso Ticket | entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia € 35,00 per prestazione scoperto 30% minimo 60,00/invio-infortunio 100% |
| N) Cure dentarie da Malattia Massimale Condizioni: | € 300,00 200 (solo otturazioni) Base 350 Plus Scoperto 35% con minimo € 100 per prestazione al- 100% Base |
| O) Stati di non autosufficienza temporanee | € 500,00 mese x 6 max mesi |
| P) Sindrome metabolica (non conclamata) (<u>già prevista dal 2025</u>) | Solo per il titolare; monitoraggio una volta l'anno di colesterolo HDL e Totale, Glicemia e Trigliceridi |
| Q) Prevenzione obesità infantile (<u>già prevista nel 2025</u>) | Solo per figli titolare di età compresa tra 14 e 18 anni previo questionario per individuazione rischio di obesità per valutazione visita specialistica del pediatra/dietologo in strutture |

| | |
|---|--|
| | convenzionate Unisalute e monitoraggi successivo |
| R) Prestazioni diagnostiche preventive per il solo titolare (check-up) | Da effettuarsi in unica soluzione presso strutture convenzionate Unisalute (cfr. punto 16 di Estratto garanzie polizza Unificata per elenco prestazioni incluse) |

(**): le condizioni di ricovero si applicano anche alle prestazioni con sub massimali, salvo quanto espressamente indicato

QUADRO SINOTTICO POLIZZA SUPERIORE

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

| Opzione | Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie |
|---|--|
| PRESTAZIONI OSPEDALIERE | |
| A) Ricovero con/senza intervento, Day Hospital, intervento ambulatoriale, Interventi chirurgici Odontoiatrici | |
| Ricovero con intervento, parto cesareo, Day Hospital con intervento, Intervento chirurgico miopia, Intervento chirurgico odontoiatrico | |
| Massimale | € 280.000,00 300.000,00-Extra |
| Massimale Grandi Interventi Condizioni: | Raddoppio del massimale Ricoveri |
| - diretta | <ul style="list-style-type: none"> • strutture non "TOP" • scoperto 15% • strutture "TOP" • scoperto 30% |
| - rimborso | <ul style="list-style-type: none"> • strutture non "TOP" • scoperto 30% minimo € 600,00 • strutture "TOP" • scoperto 30% minimo € 600,00 |
| - Ticket | al 100% |
| Ricovero senza intervento, parto naturale, Day Hospital senza intervento | |
| Massimale | € 280.000,00 300.000,00-Extra |
| - Diretta | <ul style="list-style-type: none"> • strutture non "TOP" • scoperto 10% • strutture "TOP" • scoperto 20% |
| - Rimborso | <ul style="list-style-type: none"> • strutture non "TOP" • scoperto 20% minimo € 600,00 • strutture "TOP" • scoperto 20% minimo € 600,00 |
| - Ticket | al 100% |

| | |
|---|--|
| Limite retta di degenza - diretta - rimborso | al 100% limite € 360,00 al giorno + 30% retta eccedente |
| Accompagnatore - diretta - rimborso | <i>escluso per DH</i> al 100% € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni |
| Assistenza infermieristica privata individuale | <i>escluso per DH, Int. Ambulatoriale, Parto/Aborto</i> € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni |
| Pre/post (**) | 130/130 giorni 150 / 150 giorni Extra (in caso di Trapianto 180 / 180 giorni) <i>Post escluse per DH senza intervento</i> |
| Trasporto sanitario | <i>escluso per DH senza intervento</i> - € 1.500 per ricovero |
| Sub massimali (**) - Intervento Chirurgico Ambulatoriale Massimale - diretta - rimborso - Intervento chirurgico miopia (Laser) - Parto Cesareo - Parto Naturale ed Aborto terapeutico | € 6.000,00 SOLO per Rimborso nessun massimale Extra • Franchigia € 250 eliminazione sub massim.- • Franchigia € 500 € 1.200,00 per occhio € 7.000,00 € 4.000,00 |
| Rimpatrio Salma | entro il massimale A - Ricoveri |
| Indennità sostitutiva Pre/post | € 90,00 100,00 al giorno massimo 300 giorni Anno/Persona in alternativa all'indennità: 130 / 130 giorni 150/150 Extra |
| PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE | |
| B) Alta Specializzazione Massimale Condizioni: - diretta - rimborso Ticket | € 9.500,00 10.000,00 Extra franchigia fissa € 45,00 per prestazione scoperto 30% minimo € 85,00/invio-patologia al 100% |
| C) Visite specialistiche, accertamenti diagnostici Visite Specialistiche / Accertam. Diagnostici Massimale Condizioni: - diretta - rimborso Ticket | visite omeopatiche <i>SOLO</i> in forma rimborsuale entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia fissa € 45,00 per prestazione scoperto 30% minimo € 85,00/invio-patologia al 100% |

| | |
|---|---|
| D) Medicinali, anche omeopatici Massimale Condizioni: | entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia fissa € 18,00 per confezione |
| E) Cure oncologiche Massimale (già elevato da 30.000 a 35.000 nel 2025) Condizioni: | € 35.000,00 al 100% |
| F) Agopuntura Massimale Condizioni: | <i>SOLO in forma rimborsuale</i> entro il massimale di B-Alta Specializzazione scoperto 20% minimo € 60,00 per fattura |
| G) Amniocentesi e Villocentesi Massimale Condizioni: | entro il massimale di B-Alta Specializzazione come garanzia B-Alta Specializzazione |
| H) Lenti/ montature Massimale Condizioni: | € 150,00 franchigia € 25,00 per fattura |
| I) Protesi ortopediche/acustiche Massimale (già elevato da 2000 a 2500 nel 2025) Condizioni: | € 2.500,00 scoperto 20% minimo € 100,00 per fattura |
| J) Prestazioni di Pronto Soccorso Massimale (già elevato da 1000 a 1300 nel 2025) Condizioni: | € 1.300,00 al 100% |
| K) Psicomotricità Massimale Condizioni: | € 500,00 al 100% |
| L) Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi Massimale Condizioni: - diretta - rimborso Ticket | sub-massimale € 1.500,00 entro il massimale di B-Alta Specializzazione scoperto 10% minimo € 50,00 prest-ciclo scoperto 40% minimo € 150,00 prest-ciclo al 100% |
| M) Cure dentarie da Infortunio Massimale Condizioni: - Diretta - Rimborso Ticket | entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia € 35,00 per prestazione scoperto 30 % minimo 60,00/invio-infortunio al 100% |
| N) Cure dentarie da Malattia Massimale Condizioni: | € 1.100,00 1200,00-Extra scoperto 35% minimo di € 200,00 per evento |
| O) Stati di non autosufficienza temporanee | € 500,00 mese x 6 max mesi |
| P) Sindrome metabolica (non conclamata) (già prevista nel 2025) | Solo per il titolare; monitoraggio una volta l'anno |

| | |
|---|--|
| | di colesterolo HDL e Totale, Glicemia e Trigliceridi |
| Q) Prevenzione obesità infantile (già prevista nel 2025) | Solo per figli titolare di età compresa tra 14 e 18 anni previo questionario per individuazione rischio di obesità per valutazione visita specialistica del pediatra/dietologo in strutture convenzionate Unisalute e monitoraggi successivi |
| R) Prestazioni diagnostiche preventive per il solo titolare (check-up) | Da effettuarsi in unica soluzione presso strutture convenzionate Unisalute (cfr. punto 16 di Estratto garanzie polizza Superiore per elenco prestazioni incluse) |

(**): le condizioni di ricovero si applicano anche alle prestazioni con sub massimali, salvo quanto espressamente indicato

Allegato 3 – Fac simile messaggio e-mail per richiesta variazione polizza assicurativa

(Comunicazione da inviare all'indirizzo caspop@bancobpm.it **entro e non oltre la data non derogabile di lunedì 22 dicembre 2025**)

Oggetto: rif. Circolare n. 105 del 10 dicembre 2025 - richiesta di variazione polizza

In relazione alla comunicazione del 10 dicembre 2025 io sottoscritto (nome e cognome) intendo acquisire il piano sanitario di seguito indicato (*):

- polizza UNIFICATA
- polizza SUPERIORE

Cordiali saluti

(*) indicare il piano sanitario di proprio interesse.