

Guida alla polizza sanitaria 2026-2027

ultimo aggiornamento ottobre 2026



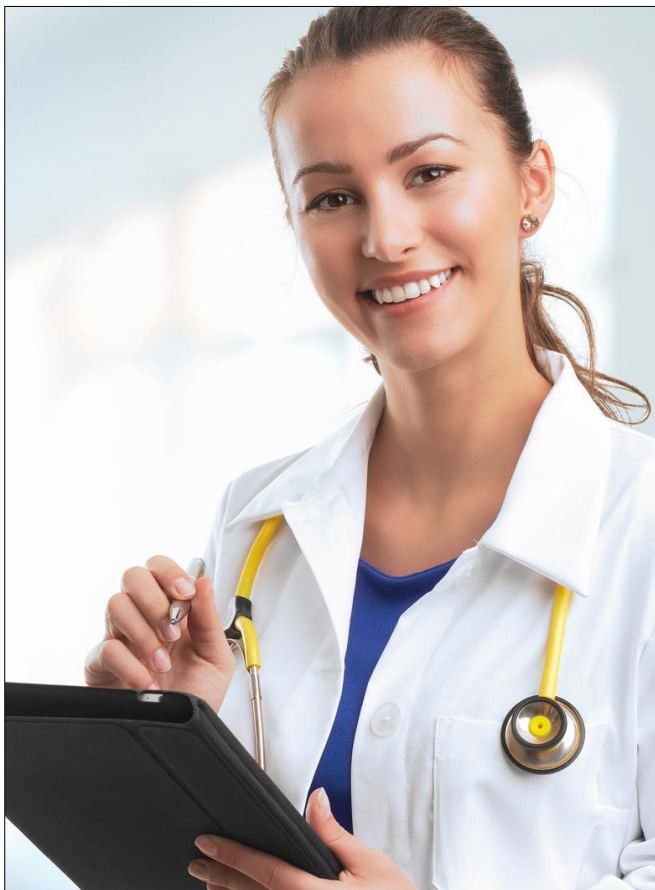
Consigli, prenotazioni e rimborsi

Le prestazioni del piano

Prestazioni integrative

INDICE DELLA GUIDA

Polizza Sanitaria 2026-2027



La polizza sanitaria: norme generali

La polizza 2026-2027	Pagina 3
I nostri consigli	Pagina 4
Introduzione	Pagina 5
Come prenotare la visita o la prestazione	Pagina 6
Il rimborso	Pagina 7

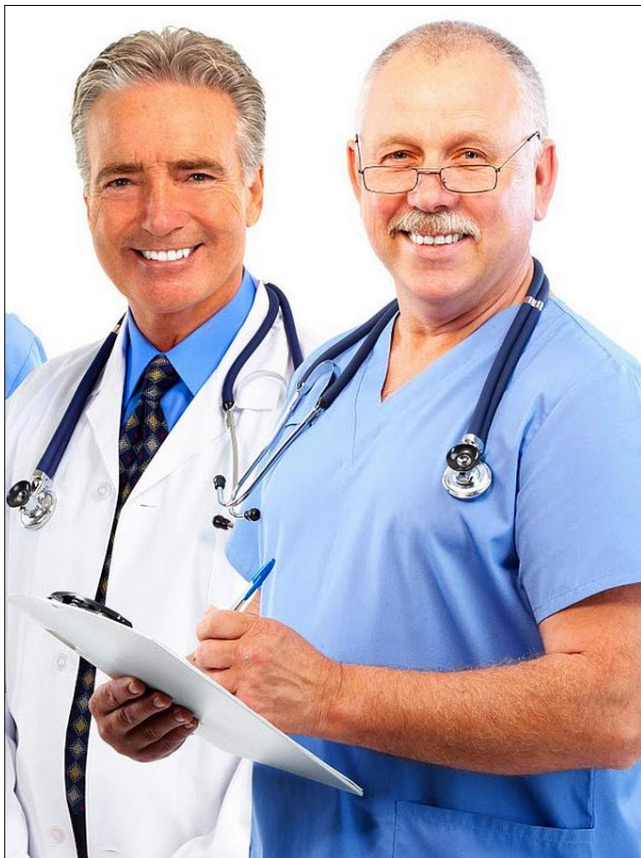
Prestazioni del piano sanitario

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici Fisioterapia riabilitativa Prestazioni extraospedaliere	Pagina 8
Ricovero in istituto di cura Intervento chirurgico ambulatoriale	Pagina 9
ALTRE PRESTAZIONI: Cure dentarie Check-up annuale Prevenzione malattie metaboliche Invalidità permanente da malattia Correzione vizi oculari Recupero tossicodipendenti	Pagina 10
PARTO ED ASSISTENZA: Parto e corsi preparto Amniocentesi, villocentesi Assistenza telefonica Assistenza domiciliare Accompagnatore Spese trasporto Decesso	Pagina 11

Altre prestazioni fornite dalle Casse Sanitarie

LA POLIZZA 2026-2027

Polizza Sanitaria 2026-2027



Fino al 31.12.2027 la copertura assicurativa continuerà ad essere garantita da UNISALUTE, una delle principali compagnie specializzate nel settore in Italia.

La polizza sanitaria è riservata a tutti i dipendenti e familiari di Crédit Agricole Italia, Calit e CA Group Solutions.

Il profilo personale del dipendente già operativo sul portale www.unisalute.it, continuerà a funzionare senza modifiche.

I centri convenzionati sono consultabili nella propria area riservata sul sito www.unisalute.it, nella APP Unisalute, oppure contattando la Centrale Operativa della Compagnia.

Le prestazioni assicurate sono consultabili nella presente pubblicazione e nella guida al piano sanitario della Compagnia.

ISCRIZIONE FAMILIARI

I familiari a carico già iscritti nel 2025 continueranno a rimanere in copertura in automatico anche per il 2026.

I familiari non a carico dovranno essere iscritti a pagamento per il 2026, esclusivamente durante la fase di adesione del portale, con addebito del premio annuale di 530 €. Non saranno possibili ulteriori variazioni/iscrizioni fino al termine del 2026.

A fine 2026 verranno comunicate le modalità di adesione per il 2027.

MODIFICHE ANAGRAFICHE IN CORSO DI POLIZZA

In caso di modifiche dello stato di famiglia in corso di polizza (ad esempio in caso di nuova nascita) o di carico di famiglia, è necessario compilare l'apposito modulo di variazione anagrafica inoltrandolo tramite ticket in HR service per te entro un mese dall'evento.

Stessa procedura va effettuata in caso di mancata iscrizione di un familiare a carico già presente.

I NOSTRI CONSIGLI

Polizza Sanitaria 2026-2027



UTILIZZA I CANALI ON-LINE

I canali on-line (sito internet www.unisalute.it o applicazione per smartphone e tablet) permettono una lavorazione più rapida all'utente e alla compagnia, evitando attese telefoniche nei contatti con la centrale operativa. Inoltre è più semplice tracciare i rimborsi, consultare i centri convenzionati e richiedere le prestazioni in convenzione. Tramite questi canali è anche possibile inviare un sollecito relativo a sinistri non ancora liquidati.

INFORMATI PRIMA DELLA PRESTAZIONE

Contattare preventivamente la centrale operativa o leggere le guide al piano sanitario, consente di informarsi sull'iter e sulla documentazione necessaria, prevenendo errori che possono compromettere l'esecuzione della prestazione o i rimborsi.

ATTENZIONE AD ALCUNE PRESTAZIONI

Alcune prestazioni sono comprese nel piano sanitario sotto svariate casistiche. E' il caso ad esempio della laserterapia, che può essere considerato come un trattamento di riabilitazione post intervento chirurgico, come una prestazione extraospedaliera o come un trattamento fisioterapico. Al momento della richiesta, è compito dell'assicurato indicare alla compagnia quale prestazione sta attivando e di conseguenza a quali massimali/franchigie attinge.

ATTENZIONE ALLA CORRETTA PRESCRIZIONE MEDICA

Laddove prevista la prescrizione del medico curante deve contenere tutte le indicazioni e le specifiche necessarie ad agevolare il rimborso. Ad esempio, nel caso di visite specialistiche o esami, è indispensabile l'indicazione del quesito diagnostico o patologia presunta. Non sono rimborsabili visite o esami di controllo generici.

PRIVILEGIA I CENTRI CONVENZIONATI

Grazie alla diffusione dei centri convenzionati di UNISALUTE, usufruire della prestazione è molto più semplice, rapido ed economico, che agire in autonomia. Infatti è sufficiente richiedere la prenotazione alla centrale (oppure on-line) rispettando il preavviso necessario. Sarà la compagnia ad occuparsi di tutto, confermando l'appuntamento e provvedendo direttamente al pagamento al centro. L'assicurato dovrà solo usufruire della prestazione medica senza anticipo di spesa (tranne i casi laddove sono previste specifiche franchigie). L'assicurato può anche fissare il proprio appuntamento con la Struttura e poi inserirlo on-line per avviare l'iter di autorizzazione della Compagnia che si completa in automatico con la conferma alla struttura convenzionata.

ATTENZIONE ALLE MODALITA' DI PAGAMENTO

Le disposizioni fiscali prevedono l'utilizzo di una modalità di pagamento tracciabile per poter detrarre una spesa medica nella dichiarazione dei redditi. Invitiamo quindi a prestare attenzione a non effettuare pagamenti in contanti di importi detraibili come le franchigie che rimangono a carico dell'assicurato.

INTRODUZIONE ALLA COPERTURA

GLI ASSICURATI	La copertura sanitaria opera a favore del dipendente e dei propri familiari fiscalmente a carico risultanti dallo Stato di famiglia, con costo interamente a carico dell'Azienda (età massima assicurabile 78 anni), limitatamente al coniuge/unito civilmente o convivente more uxorio, al coniuge/unito civilmente non legalmente separato con diversa residenza, ai figli conviventi, ai figli con diversa residenza fino ai 26 anni di età e ai figli di altro coniuge separato anche non conviventi. La polizza può essere estesa anche ad alcune tipologie di familiari non a carico e risultanti dallo stato di famiglia (coniuge/unito civilmente e convivente more uxorio, coniuge/unito civilmente non legalmente separato con diversa residenza e figli conviventi). L'adesione è possibile solo all'inizio del periodo contrattuale di polizza, dietro il pagamento volontario del premio previsto per tutta la durata del contratto (attualmente 530 € annui) trattenuto direttamente in busta paga (portato poi direttamente in deduzione dall'Azienda).
LA COMPAGNIA	La polizza è stipulata con UNISALUTE, compagnia specializzata nel settore sanitario. Alcune prestazioni vengono fornite dalla Compagnia in strutture convenzionate tramite il proprio Network. I testi completi delle polizze sono consultabili sul portale aziendale o nella propria area riservata del sito www.unisalute.it.
ADESIONE e SUCCESSIVE MODIFICHE	DIPENDENTE: L'iscrizione alla polizza sanitaria viene comunicata direttamente dall'Azienda alla Compagnia all'atto dell'assunzione del dipendente. Tutte le successive modifiche del proprio stato di famiglia, devono essere comunicate tramite apposito modulo dal dipendente alla Banca, che ne curerà la trasmissione alla Compagnia Assicuratrice. Ciò permetterà il corretto aggiornamento dei dati dell'assicurato. FAMILIARI A CARICO: Le variazioni del nucleo familiare (nascite, matrimonio, ecc.) vanno comunicate con apposito modulo (ticket in HR service per te). Sempre con la stessa modalità è possibile sanare eventuali dimenticanze nel caricamento dei familiari a carico. FAMILIARI NON A CARICO: possono aderire solo all'inizio del periodo di polizza dietro pagamento del premio con vincolo per tutti gli anni di contratto.
DESCRIZIONE	La polizza rimborsa prestazioni sanitarie <u>conseguenti ad infortunio o malattia</u>, quali ricovero, intervento chirurgico, visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed assistenza di un accompagnatore. Sono altresì rimborsabili altre prestazioni extraospedaliere, trattamenti fisioterapici, cure dentarie, parto e relativo corso di preparazione, correzione vizi oculari, check up annuale, ecc. Le prestazioni sanitarie possono essere usufruite tramite le strutture specializzate con prenotazione e pagamento direttamente a carico della compagnia assicuratrice ed eventuali franchigie a carico del dipendente (alcune sono usufruibili solo in questo modalità), oppure direttamente di iniziativa da parte dell'assicurato che anticiperà il pagamento richiedendo successivamente il rimborso alla Compagnia. Tale modalità di rimborso è assoggettata a maggiori franchigie ed a massimali di spesa.
GESTIONE	Dal sito www.unisalute.it (o dall'app UNISALUTE) è possibile accedere alla propria area riservata per gestire anagrafe, modulistica, inserire i rimborsi, le prenotazioni, consultare elenco centri e strutture convenzionati e gestire il servizio sms per seguire la pratica. In alternativa è possibile contattare la CENTRALE OPERATIVA (numero verde dedicato) e parlare con il personale della compagnia.

COME PRENOTARE UNA PRESTAZIONE



STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA	STRUTTURA SCELTA DALL'ASSICURATO
1) L'assicurato deve richiedere la prestazione contattando la Compagnia specificando la richiesta, date e orari disponibili ed eventualmente la struttura che ha individuato nell'elenco di quelle convenzionate presenti nell'area riservata del sito www.unisalute.it La Compagnia può essere contattata: • CENTRALE OPERATIVA TELEFONICA (800 822449 numero verde gratuito anche da cellulare). • ON-LINE dal proprio profilo dell'area riservata del sito www.unisalute.it • TRAMITE APP UNISALUTE dal proprio smartphone o tablet. A seconda della tipologia di prestazione richiesta, salvo casi urgenza sanitaria, è previsto un preavviso generalmente di almeno 48 ore. Le modalità in dettaglio sono indicate nella GUIDA AL PIANO SANITARIO presente sul portale aziendale. 2) La CENTRALE OPERATIVA si occuperà della prenotazione e confermerà la stessa all'assicurato. <u>In alternativa l'assicurato può anche prenotare autonomamente la visita e poi contattare la centrale per l'autorizzazione alla prestazione comunicando già la data dell'appuntamento.</u> Tutto questo iter può essere svolto in autonomia sempre dall'area riservata del sito di Unisalute. 3) L'assicurato effettuerà l'intervento o la visita secondo l'appuntamento prefissato, controfirmando semplicemente la fattura di spesa, senza effettuare il pagamento che viene direttamente saldato dalla Compagnia assicuratrice. A carico dell'assicurato possono essere previste solo eventuali franchigie (se previste) da saldare direttamente presso la struttura al momento del ritiro del referto. In diversi casi è comunque necessaria la prescrizione del proprio medico curante da consegnare alla struttura.	Qualora l'assicurato scelga di effettuare una prestazione in Struttura non convenzionata dovrà: 1) recarsi dal proprio medico curante e farsi prescrivere la prescrizione con il relativo quesito diagnostico (nel caso di visite specialistiche sono rimborsabili solo quelle riferite a infortuni o malattie accertate o presunte). 2) prenotare, effettuare e pagare la propria prestazione sanitaria nella struttura che preferisce. 3) appena possibile dopo l'evento (o dalle dimissioni in caso di ricovero) inoltrare la richiesta di rimborso a UNISALUTE, unitamente alla copia della documentazione sanitaria (compresa la richiesta del medico curante con l'indicazione della patologia accertata o presunta), e le copie dei documenti di spesa. Il rimborso può essere richiesto on-line o tramite modalità cartacea. 4) La Compagnia, accertato il diritto al rimborso ed applicate eventuali franchigie o scoperti previsti, liquida l'importo previsto direttamente sul c/c del dipendente entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta. VEDI NOTE pagine seguente relative al rimborso.

NB: Le prestazioni sanitarie sono rimborsabili solo se conseguenti ad infortunio o malattia

IL RIMBORSO

COME RICHIEDERLO	ON-LINE La richiesta può essere inserita direttamente on-line nell'area riservata del sito www.unisalute.it. Questa modalità consente una lavorazione più rapida alla compagnia. La documentazione medica viene inserita direttamente in copia elettronica (file pdf o immagine). CARTACEO Il modulo cartaceo è reperibile nell'area riservata del sito www.unisalute.it. Una volta compilato, con allegata copia della documentazione medica necessaria, dovrà essere spedito a: UNISALUTE Spa - Rimborsi Clienti, via Larga 8, 40138 Bologna.
DOCUMENTAZIONE NECESSARIA	RICOVERO O DIARIE GIORNALIERE PER RICOVERO Copia della cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) conforme all'originale + documentazione di spesa quietanzata. INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE Copia completa della documentazione clinica + documentazione di spesa quietanzata. PRESTAZIONI EXTRARICOVERO / VISITE SPECIALISTICHE Prescrizione contenente la patologia accertata o presunta da parte del medico curante + documentazione di spesa quietanzata.
TRACCIABILITÀ DEL RIMBORSO	ON LINE / APP MOBILE All'interno del proprio profilo nell'area riservata del sito www.unisalute.it, si potrà consultare lo stato e lo storico dei propri rimborsi e sollecitare eventuali ritardi nella liquidazione. Stessa cosa si può fare tramite la App per tablet e smartphone (scaricabile da Play Store o App Store).
GESTIONE DEL MANCATO RIMBORSO	Qualora la richiesta di rimborso non fosse accolta dalla Compagnia, l'assicurato che ritiene di vantare diritti per una eventuale rivalutazione del sinistro, potrà in prima istanza ricontattare le Centrale Operativa della Compagnia per ottenere informazioni ed una eventuale revisione dello stesso. In caso di ulteriore diniego, l'assicurato che ritenesse di procedere ulteriormente, potrà attivare la procedura di reclamo (prima alla Compagnia e poi eventualmente all'Ivass) secondo tempi e modi definiti dalle norme legislative, consultabili all'indirizzo internet https://www.unisalute.it/dettagli-reclami

VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI E FISIOTERAPIA

Prestazione	Struttura	Franchigie e limitazioni e massimali	
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI solo se conseguenti a malattia o infortunio	Eseguite in Struttura del Servizio sanitario Nazionale	Rimborso integrale del ticket sanitario senza franchigie	Limite annuo di 6.165 € per nucleo familiare. NB: Determinate prestazioni, se elencate su unica fattura, saranno liquidate come unica prestazione
	Eseguite presso Istituto privato non convenzionato	Scoperto del 20% con una franchigia minima di 50 €	
	Eseguite in Centro convenzionato	35 € di franchigia	
FISIOTERAPIA RIABILITATIVA conseguente ad infortunio o malattia	La terapia necessaria deve essere prescritta da un medico ed eseguita da personale abilitato in terapia della riabilitazione. (non rimborsabile se eseguita in centri estetici o fitness). L'osteopatia non è rimborsabile.	Ciascun ciclo di terapia (purché previsto con un'unica prescrizione) sarà soggetto ad una franchigia pari al 20% con un minimo di 200 €. Se invece la terapia viene effettuata presso un centro convenzionato è prevista una franchigia fissa di 100 €. NB: In presenza di laserterapia vedi note a pagina 4.	Limite annuo di 800 € per nucleo familiare
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE conseguenti a malattia o infortunio riguardanti: COBALTOTERAPIA, CHEMIOTERAPIA, LASETERAPIA, DIALISI, RADIOTERAPIA, TRATTAMENTO HIFU, ABLATERMIA	Eseguite in Struttura del servizio sanitario nazionale	Rimborso integrale del ticket sanitario senza franchigie	Limite annuo di 4.165 € per nucleo familiare.
	Eseguite in altra struttura extraospedaliera	Scoperto del 20% con una franchigia minima di 40 €.	

Prestazione	Prestazioni rimborsabili	Scoperto, Massimale e indennizzi
RICOVERO OSPEDALIERO	PRIMA DEL RICOVERO: spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, medicazioni, esami, accertamenti, trattamenti fisioterapici e rieducativi sostenute nei 120 giorni precedenti.	Copertura prestata solo in regime rimborsuale soggetta al 10% di scoperto.
	IN CASO DI INTERVENTO CHIRURGICO: esami, accertamenti, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, onorari dei medici e di tutti i soggetti partecipanti all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria ed il materiale necessario compresi apparecchi protesici, ecc.	300.000 € di massimale complessivo per anno e per nucleo familiare.
	DURANTE IL RICOVERO: spese per i medicinali, esami, cure, spese per la retta di degenza (escluso comfort non essenziali)	In caso di GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO o GRAVE MALATTIA (vedasi l'elenco completo nel testo della polizza) l'indennizzo non prevede scoperto o franchigia. Qualora le prestazioni siano prestate in strutture convenzionate saranno coperte direttamente dalla compagnia.
	DOPO IL RICOVERO: esami, accertamenti, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, sostenute nei 120 giorni successivi (solo se rese indispensabili dall'evento che ha causato il ricovero).	
	DIARIA SOSTITUTIVA: Nel caso l'assicurato non sostenga alcuna spesa per le prestazioni indicate, sarà corrisposta una diaria sostitutiva di 65 € per ogni giorno di ricovero.	Per tutti gli altri ricoveri/interventi chirurgici: • Struttura e medici convenzionati: nessuna franchigia; • Struttura non convenzionata o medico non convenzionato: le prestazioni vengono rimborsate per il 90% con un minimo non indennizzabile di 413 € ed un massimo di 2.066 €, tranne pre e post ricovero che prevedono il solo scoperto del 10%; La diaria viene riconosciuta dalla terza notte per un massimo di 300 giorni per anno e per nucleo familiare.
ANTICIPO SPESA	Nei casi di ricovero per i quali l'Istituto di Cura richieda il pagamento di un anticipo, la compagnia assicuratrice corrisponderà - su richiesta dell'Assicurato - l'80% della somma richiesta a titolo di anticipo, salvo conguaglio a cure ultimate. Il pagamento dell'anticipo avverrà entro 8 giorni dalla data di richiesta dell'Assicurato all'Impresa.	
INTERVENTO CHIRURGICO AMBULAT.LE conseguente a infortunio, parto o aborto, malattia	Stesse prestazioni rimborsabili previste per il ricovero ospedaliero	Scoperto del 20% con un minimo di 40 € non indennizzabile. 300.000 € di massimale complessivo per anno e per nucleo familiare. Nessuno scoperto in caso di intervento in struttura convenzionata.

ALTRE PRESTAZIONI

Prestazione	Struttura/note	Franchigie e limitazioni	Massimali
CURE DENTARIE GENERICHE	Ogni nucleo familiare deve presentare un'unica domanda di rimborso comprendente tutte le fatture intestate ai vari componenti del nucleo alla fine dell'anno solare. L'invio deve essere effettuato cumulativamente con raccomandata A/R o con caricamento sulla procedura web entro il 5 gennaio.	L'importo massimo rimborsabile è pari a 10.000 € per anno e per nucleo familiare. Dal rimborso richiesto devono essere detratti la franchigia di 1.500 € fissa e lo scoperto del 50% applicato sull'importo rimanente. (lo scoperto cresce al 60% se la stessa prestazione viene ripresentata nell'anno successivo). Il rimborso avviene entro il 28 febbraio dell'anno successivo. Non sono possibili ulteriori invii oltre l'unico effettuabile. Gli invii oltre il termine non vengono considerati.	Massimale unico complessivo pari a 460.000 €. Gli indennizzi potranno essere ridotti proporzionalmente se l'ammontare complessivo delle richieste dovesse superare tale massimale aziendale.
CHECK UP ANNUALE	Eseguito esclusivamente in struttura convenzionata con prenotazione attraverso la centrale operativa.	Il check-up comprende esami del sangue (emocromo, glicemia, colesterolo parziale e totale, trigliceridi, ferro, ft3, ft4, tsh, trs, Tas, Ves), esame completo delle urine ed 1 esame a scelta tra: elettrocardiogramma, pap test o psa.	Consentito 1 check-up all'anno per il dipendente o in alternativa per un familiare a carico.
PREVENZIONE MALATTIE METABOLOCHE	Monitoraggio semestrale effettuabile solo in centri convenzionati, previo autorizzazione di Unisalute	In caso di sindrome metabolica non conclamata, accertabile da parte di Unisalute, previo compilazione di un apposito questionario, la Compagnia può avviare una serie di prestazioni/esami di monitoraggio semestrale.	Esami e prestazioni tempo per tempo necessarie consentite nei limiti della polizza, oppure a tariffe agevolate.
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	Copertura valida per il solo dipendente	Invalidità permanente grave (dal 60% in poi) tale da pregiudicare la prosecuzione del rapporto di lavoro	77.500 €, ridotta a 52.000 € se la prestazione lavorativa può proseguire a part-time.
CORREZIONE VIZI OCULARI	Interventi di correzione dei vizi oculari effettuati esclusivamente in strutture private (no SSN) e relativa visita specialistica precedente e successiva all'intervento stesso.	Rimborsabile solo intervento effettuato al dipendente (non ai familiari). In centro convenzionati nessuna franchigia. Nei centri non convenzionati franchigia di 40 € e massimo indennizzabile 80%.	Limite pari a 1.000 € per occhio
RECUPERO TOSSICO DIPENDENTI	Ricovero in comunità terapeutica di recupero riconosciuta da Comuni o Regioni, per minori di 14 anni colpiti da tossicodipendenza.		Indennità massima 775 € per anno

PARTO ED ASSISTENZA

Prestazione	Prestazioni rimborsabili	Franchigie, limiti e massimali
PARTO	Corso di preparazione al parto	517 € per anno e per nucleo familiare
	Parto cesareo	7.747 € oppure in alternativa 65 € al giorno a partire dalla terza notte di ricovero.
	Parto non cesareo	2.583 € oppure in alternativa 65 € al giorno a partire dalla terza notte di ricovero.
	Aborto terapeutico o spontaneo	Stesse prestazioni previste per il ricovero ospedaliero
AMNIOCENTESI VILLOCENTESI TEST HARMONY	In qualunque struttura	Scoperto del 30% con una franchigia minima di 200 € e massimale di 1.000 € per anno e per nucleo familiare.
ASSISTENZA TELEFONICA	Centrale Operativa o funzione “medico risponde” nell’area riservata di www.unisalute.it	Assistenza e consulenza medica telefonica.
ASSISTENZA DOMICILIARE	Assistenza infermieristica domiciliare	26 € al giorno per una massimo di 15 giorni all’anno per nucleo familiare
ACCOMPAGNATORE	Rimborso spese vitto e alloggio di un accompagnatore presso l’istituto di cura in caso di ricovero (o albergo qualora non vi fosse disponibilità ospedaliera)	52 € al giorno per una massimo di 30 giorni all’anno.
SPESE DI TRASPORTO	In Italia: rimborso delle spese di trasporto da o verso un Istituto Ospedaliero effettuate con qualsiasi mezzo in caso di urgenza, oppure tra un Istituto e l’altro in caso di ricovero. All’estero: rimborso delle spese di viaggio andata e ritorno del trasferimento connesso al ricovero con conseguente intervento chirurgico	Limite annuo di 5.000 € per nucleo familiare
DECESSO	In caso di decesso all’estero sono rimborsabili le spese per il rimpatrio della salma	Limite annuo di 3.000 € per nucleo familiare

ALTRE PRESTAZIONI

Le casse sanitarie



Molti dipendenti del Gruppo sono iscritti a Casse Sanitarie come il Fondo Integrativo di Malattia Valore Salute (FIM), la Mutua Interna Sondrio oppure ad enti assistenziali come la Cassa di Mutua Assistenza di CA Italia.

Queste realtà forniscono a favore dei propri iscritti iniziative di prevenzione, prestazioni, rimborsi o contributi a copertura (o integrazione) di quanto non riconosciuto dal piano sanitario Unisalute.

L'aggiornamento e i dettagli di tali prestazioni sono reperibili sui siti:

- www.cassamutua.org
- www.fimvaloresalute.it
- crevalmutua (accesso solo per i soci)

Sempre sui singoli siti è possibile verificare le modalità di iscrizione alle casse e agli enti assistenziali.

Va ricordato che le tre entità mutualistiche e la polizza sanitaria, rimangono comunque realtà distinte ed indipendenti.

www.firstcisl.it/gruppocreditagricole/



seguici anche sui nostri social e sul canale whatsapp