

## STRALCIO DELLO STATUTO IN VIGORE DAL 1° GENNAIO 2022

### CAPITOLO 2 - BENEFICIARI

#### Art. 4

1. Al "Fondo Sanitario" vengono iscritti nella Gestione iscritti in servizio (e di seguito denominati "iscritti in servizio"), con le modalità e tempistiche stabilite dalle Fonti Istitutive, i dipendenti, assunti con contratto a tempo indeterminato o di apprendistato professionalizzante, delle:
  - Società del Gruppo Intesa Sanpaolo aventi sede in Italia, concordate dalle Fonti stesse, di cui all'allegato 1;
  - Fondazioni bancarie da cui siano originate Società del Gruppo, che detengano partecipazioni nel Gruppo medesimo;
  - ulteriori Società partecipate del Gruppo Intesa Sanpaolo cui le Fonti Istitutive decidano di estendere la possibilità di adesione al "Fondo Sanitario".
2. Sono iscritti al "Fondo Sanitario" nella "Gestione mista", a richiesta, con le modalità e tempistiche stabilite dalle Fonti Istitutive, i titolari di contratti di agenzia o di mediazione instaurati, come monomandatari, con aziende del Gruppo Intesa Sanpaolo da almeno 6 mesi continuativi (di seguito "agenti").
3. L'"iscritto in servizio" può rinunciare all'iscrizione, in via definitiva e irrevocabile, tramite procedura online ovvero facendo pervenire lettera raccomandata al "Fondo Sanitario", entro la fine del 4° mese successivo alla data in cui si è determinato il diritto all'iscrizione medesima, a valere retroattivamente dalla medesima data.
4. L'"iscritto in servizio" o l'"agente" possono inoltre revocare l'iscrizione, sempre tramite procedura online ovvero inoltrando lettera raccomandata al "Fondo Sanitario", a partire dal settimo anno successivo all'iscrizione, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente.
5. Gli "iscritti in servizio" o gli "agenti" che abbiano assolto all'obbligo contributivo per almeno cinque anni, possono mantenere l'iscrizione al "Fondo Sanitario" ove rispettivamente cessino dal rapporto di lavoro con diritto a trattamento pensionistico ovvero il diritto al pensionamento intervenga nel corso del rapporto di lavoro autonomo.
6. Il mantenimento dell'iscrizione di cui al comma precedente è consentito, indipendentemente dall'anzianità contributiva, in caso di cessazione del rapporto di lavoro dell'"iscritto in servizio" o dell'"agente" con diritto a trattamento pensionistico di inabilità a carico dell'Assicurazione Generale Obbligatoria.
7. L'iscrizione può essere altresì mantenuta, dietro specifica istanza, anche da parte dei beneficiari degli iscritti della "Gestione iscritti in servizio" e della "Gestione iscritti in quiescenza" deceduti, se destinatari di un trattamento pensionistico di reversibilità o indiretto, senza possibilità di estendere le prestazioni ad ulteriori familiari.
8. Gli iscritti di cui ai commi 5 e 6 devono avanzare formale richiesta di prosecuzione dell'iscrizione entro il termine del 4° mese successivo a quello del pensionamento.
9. I beneficiari di cui al comma 7 devono avanzare formale richiesta di prosecuzione dell'iscrizione entro il termine del 4° mese successivo a quello della data di decesso dell'iscritto.
10. Gli "iscritti in servizio" ed i relativi eventuali superstiti di cui al comma 7 possono richiedere il mantenimento dell'iscrizione nella Gestione iscritti in quiescenza ovvero nella Gestione mista.
11. Nei casi disciplinati dai commi 5 e 6, a seguito della richiesta di conferma di iscrizione di cui

al comma 8, l'iscrizione viene mantenuta come iscritto in servizio sino al 31 dicembre dell'anno in cui viene maturato il diritto a pensione, con pagamento della relativa contribuzione.

12. Analogamente si procede, nel caso di decesso dell'iscritto di cui al comma 7, nei confronti degli eventuali beneficiari, con mantenimento della relativa qualifica sino al 31 dicembre dell'anno in cui si verifica l'evento, con pagamento della relativa contribuzione.

13. L'iscritto in quiescenza" può revocare l'iscrizione, tramite procedura online ovvero inoltrando lettera raccomandata al "Fondo Sanitario":

- a partire dal 31 dicembre del terzo anno successivo a quello di iscrizione alla "Gestione iscritti in quiescenza", con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente;
- entro il 31 dicembre dell'anno in cui siano stati previsti aumenti delle contribuzioni a carico dell'iscritto superiori al 10% su base annua, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente, senza possibilità di successiva reinscrizione al "Fondo Sanitario".

14. Gli iscritti alla "Gestione mista" titolari di trattamento pensionistico possono revocare l'iscrizione al "Fondo Sanitario" a partire dal 31 dicembre del terzo anno successivo all'adesione a tale Gestione, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente, senza possibilità di successiva reinscrizione al "Fondo Sanitario".

15. Non sono, in nessun caso, ammesse soluzioni di continuità nell'iscrizione al "Fondo Sanitario", fatta eccezione per gli "agenti", che possono nuovamente iscriversi alla Gestione mista laddove diventino nuovamente titolari di un contratto di agenzia nei termini di cui al comma 2 del presente articolo.

16. Gli "iscritti in servizio" che all'atto del pensionamento abbiano optato per il mantenimento dell'iscrizione nella "Gestione mista", decorsi almeno tre anni completi di permanenza in detta gestione, possono chiedere entro il 31 dicembre del terzo anno o di ogni anno successivo di essere iscritti alla Gestione iscritti in quiescenza a far tempo dal 1° gennaio dell'anno successivo alla richiesta.

17. Gli iscritti alla "Gestione iscritti in quiescenza" che abbiano richiesto l'iscrizione alla "Gestione mista" entro il 31 dicembre 2021, decorsi almeno tre anni completi di permanenza in detta gestione, possono chiedere entro il 31 dicembre del terzo anno o di ogni anno successivo di essere nuovamente iscritti alla "Gestione iscritti in quiescenza" a far tempo dal 1° gennaio dell'anno successivo alla richiesta.

18. Decorsi almeno tre anni completi di permanenza nella "Gestione Mista" possono chiedere, entro il 31 dicembre del terzo anno o di ogni anno successivo, di essere iscritti alla "Gestione iscritti in quiescenza" a far tempo dal 1° gennaio dell'anno successivo alla richiesta, con fruizione delle prestazioni di cui all'appendice 2 per un periodo di tre anni:

- i quiescenti iscritti per la prima volta al "Fondo Sanitario" a decorrere dal 1° gennaio 2022 alla "Gestione Mista"
- gli "iscritti in servizio" che hanno richiesto il mantenimento dell'iscrizione alla "Gestione mista" senza aver concluso il percorso di ingresso di cui al successivo art. 33
- gli "iscritti in servizio" che hanno richiesto il mantenimento dell'iscrizione alla "Gestione mista" all'atto del pensionamento.

19. La facoltà di cui al comma 18 del presente articolo è esercitabile un'unica volta, senza possibilità di successiva iscrizione alla "Gestione mista", a condizione che il passaggio alla "Gestione iscritti in quiescenza" avvenga entro il 1° gennaio del quinto anno antecedente il compimento dell'età prevista come limite di esclusione stabilito nella copertura sanitaria tempo per tempo prevista per la "Gestione mista".

## Art. 5

1. Gli iscritti, a richiesta, possono rendere beneficiari delle prestazioni di cui sono destinatari i seguenti familiari fiscalmente a carico:

- coniuge in assenza di separazione legale o unito civilmente in assenza di scioglimento del vincolo;
- i figli (anche se adottati, in affidamento preadottivo o permanentemente inabili al lavoro);
- altri familiari (parenti in linea retta o collaterale – genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli) purché di età non superiore a 80 anni e conviventi da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto anche autocertificato nei termini di legge.

2. La facoltà contemplata dal comma che precede, ultimo alinea, è esercitabile esclusivamente nei riguardi della totalità dei familiari ivi elencati risultanti dallo stato di famiglia anagrafico dell'iscritto o da autocertificazione nei termini di legge ed è subordinata all'avvenuta estensione delle prestazioni del "Fondo Sanitario" ai familiari di cui agli alinea 1 e 2 del comma 1 del presente articolo, ove esistenti, con l'eventuale esclusione – a richiesta – dei soli fruitori di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa.

3. Ai fini della definizione di familiare "fiscalmente a carico" prevista nel presente Statuto deve intendersi il soggetto - percettore di redditi propri di ammontare complessivamente inferiore ai limiti di legge - nei cui confronti l'iscritto sia destinatario, anche in quotaparte, degli inerenti benefici fiscali, nel rispetto della normativa di legge vigente.

4. I figli si considerano fiscalmente a carico anche nel caso in cui i benefici fiscali siano integralmente riconosciuti ad uno solo dei genitori; finché permane il carico fiscale, si prescinde dal requisito della convivenza.

5. E' altresì facoltà dell'iscritto rendere fruitori delle prestazioni del "Fondo Sanitario" i seguenti altri familiari non fiscalmente a carico:

- coniuge in assenza di separazione legale o unito civilmente in assenza di scioglimento del vincolo;
- coniuge di fatto;
- figli, anche se adottati od in affidamento preadottivo purché conviventi con uno dei genitori;
- figli, anche se adottati od in affidamento preadottivo, del coniuge non legalmente separato o di fatto o unito civilmente;
- genitori di età non superiore a 80 anni;
- fratelli e/o sorelle conviventi da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto.

6. La facoltà contemplata dal comma che precede è esercitabile esclusivamente nei riguardi della totalità dei familiari ivi elencati risultanti dallo stato di famiglia anagrafico dell'iscritto o da autocertificazione nei termini di legge ed è subordinata all'avvenuta estensione delle prestazioni del "Fondo Sanitario" alla totalità dei familiari di cui al comma 1, con l'eventuale esclusione – a richiesta – dei soli fruitori di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa.

7. La disciplina stabilita dai commi 2 e 6 è derogata in favore del coniuge (anche di fatto) o dell'unito civilmente.

8. Per gli iscritti legati da vincolo matrimoniale, unione civile o unione di fatto la condizione fissata dai commi 2 e 6 è assolta con riferimento alla posizione di entrambi i coniugi ed è fatto divieto di ripetere l'estensione delle prestazioni ad uno stesso nominativo da parte di più iscritti. L'aggregazione dei figli ad una delle posizioni dei genitori avviene a libera scelta dell'interessato. Tale scelta non è successivamente modificabile, ad eccezione dei casi di variazione del nucleo familiare.

9. Laddove sia previsto il requisito della convivenza, la facoltà di estensione ha efficacia solo dopo il

compimento di un intero anno dal verificarsi del requisito medesimo a fronte di richiesta presentata entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo a tale termine unitamente allo stato di famiglia anagrafico o di autocertificazione nei termini di legge che comprovino la sussistenza della convivenza per l'intero anno precedente.

10. Sempre nel rispetto del principio di continuità le facoltà indicate ai commi 1 e 5 possono essere esercitate entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo alla data in cui è determinato il diritto all'estensione delle prestazioni.

11. Decorsi i termini di cui ai commi 9 e 10 l'iscritto può esercitare le facoltà previste dai commi 1 e 5 in qualsiasi momento successivo all'evento, con pagamento della contribuzione dal mese in cui si è verificato l'evento per un massimo di quattro annualità e con l'avviso che la fruizione delle relative prestazioni decorre trascorso un intero anno dalla data della richiesta, ad eccezione del coniuge e dei figli, in entrambi i casi fiscalmente a carico, che potranno fruire delle relative prestazioni dalla data della richiesta.

12. Nel caso in cui il familiare beneficiario che ha perso i requisiti di iscrizione al "Fondo Sanitario" per effetto della variazione di stato civile e/o della convivenza si trovi nuovamente nelle condizioni previste dallo Statuto per essere reso beneficiario delle prestazioni da parte di un iscritto al "Fondo Sanitario", la richiesta potrà essere accolta, nel rispetto delle modalità e dei criteri previsti dal presente Statuto, con fruizione delle prestazioni decorso un anno intero dalla data della richiesta e pagamento della relativa contribuzione. Nel caso in cui il familiare rientri nello stesso nucleo familiare precedente è dovuta anche la contribuzione per l'intero periodo intercorrente tra la precedente revoca e la nuova estensione (con un massimo di quattro anni).

#### Art. 6

1. All'iscritto è fatto obbligo di segnalare tempestivamente al "Fondo Sanitario" ogni variazione del proprio stato di famiglia anagrafico e/o della situazione dei carichi fiscali.

2. Per i figli, i figli del coniuge o i figli del coniuge di fatto l'iscritto corrisponderà la contribuzione prevista per i familiari fiscalmente a carico fino alla fine dell'anno di compimento del 24.mo anno di età.

3. A partire dal 1° gennaio dell'anno successivo al compimento del 24.mo anno di età del figlio, del figlio del coniuge o del figlio del coniuge di fatto per tali familiari resi beneficiari verrà addebitata la contribuzione prevista per i familiari fiscalmente non a carico, salvo che l'iscritto faccia pervenire entro il 31 ottobre dell'anno successivo a quello di compimento del 24.mo anno di età idonea documentazione atta ad attestare la condizione di familiare fiscalmente a carico dell'iscritto ovvero del coniuge/coniuge di fatto. L'estensione delle prestazioni ai figli resta in ogni caso vincolata al requisito della convivenza con uno dei genitori, ovvero - nel caso di figli del coniuge/unito civilmente o del coniuge di fatto - alla convivenza con l'iscritto.

#### Art. 7

1. La qualifica di iscritto viene meno:

- contestualmente alla risoluzione del rapporto di lavoro senza diritto a trattamento pensionistico (con esclusione del caso di percepimento della prestazione straordinaria da parte del Fondo di Solidarietà), ovvero di risoluzione del rapporto di agenzia o mediazione;
- per gli iscritti alla Gestione Mista, al compimento del limite di età stabilito nella copertura sanitaria tempo per tempo prevista;
- per esercizio della facoltà di revoca contemplata dall'art. 4, comma 3, 4 e 8;
- per mancato esercizio della richiesta di cui al comma 8, 9 e 10 dell'art. 4;

- per compimento di gravi irregolarità nei confronti del "Fondo Sanitario", ascrivibili all'iscritto od ai suoi familiari, su iniziativa del Consiglio di Amministrazione;
  - per mancata corresponsione del contributo da parte dell'iscritto, anche a favore dei familiari, per un intero anno.
2. La qualifica di familiare beneficiario viene meno:
- in caso di perdita della qualifica di iscritto da parte del dipendente o dell'"agente", per qualsivoglia motivo;
  - contestualmente al venir meno dell'iscrizione e comunque alla perdita dei requisiti prescritti per le diverse situazioni;
  - dalla data di fruizione di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa derivante da contrattazione collettiva o di categoria a seguito di revoca da parte dell'iscritto;
  - dal primo giorno del mese successivo al venir meno del requisito di cui all'art. 5, comma 2, a seguito di revoca da parte dell'iscritto;
  - a seguito di matrimonio/unione di fatto/unione civile del familiare beneficiario fiscalmente non a carico, ovvero del figlio fiscalmente a carico se non convivente con uno dei genitori;
  - a seguito di richiesta di revoca da parte del beneficiario maggiorenne, senza possibilità di essere nuovamente reso beneficiario.
3. Per gli "iscritti in servizio", la qualifica di iscritto viene inoltre meno a seguito di perdita dei requisiti di appartenenza al Gruppo Intesa Sanpaolo con il 31 dicembre dell'anno in cui si verifica l'evento, fatte salve diverse intese che dovessero intervenire tra le Fonti Istitutive.

### CAPITOLO 3 - CONTRIBUTIONI E PRESTAZIONI

#### Art. 8

1. La contribuzione a carico del datore di lavoro/committente, nonché a carico degli iscritti è corrisposta, per ciascun iscritto, nella misura tempo per tempo disposta dalle Fonti Istitutive, i cui inerenti accordi divengono pro-tempore parte integrante dell'ordinamento del "Fondo Sanitario" e sono riportati all'Appendice 1 al presente Statuto.
2. Analogamente le contribuzioni per familiari degli "iscritti in servizio", degli "iscritti in quiescenza" e degli iscritti alla "Gestione mista" e per i rispettivi familiari sono definiti dai medesimi accordi collettivi e riportati nella medesima Appendice 1.
3. La Gestione del "Fondo Protezione" viene alimentata nella misura tempo per tempo disposta dalle Fonti Istitutive, i cui inerenti accordi divengono pro-tempore parte integrante dell'ordinamento del Fondo Sanitario e sono riportati sempre nell'Appendice 1 al presente Statuto.
4. Le variazioni contributive disposte dalle Fonti Istitutive sono tempestivamente comunicate agli iscritti.

#### Art. 9

1. Le quote percentuali previste a carico degli "iscritti in servizio" e dei relativi familiari beneficiari sono applicate su tutte le voci della retribuzione imponibile ai fini INPS secondo il principio di cassa, con il limite massimo, per l'anno 2021, di €109.100,75. Detto limite è rivalutato il primo gennaio di ogni anno in base all'indice ISTAT di variazione dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai rilevato il 31 dicembre dell'anno precedente.

2. Le quote percentuali previste a carico degli "iscritti in quiescenza" e dei relativi familiari beneficiari sono applicate su tutte le voci della pensione AGO comunicata all'atto del pensionamento, che sono rivalutate il primo gennaio di ogni anno in base alla dinamica perequativa prevista dall'INPS, con il limite massimo indicato al comma 1, assoggettato alle medesime rivalutazioni ivi previste.

3. Per gli "iscritti in servizio", titolari di lavoro a tempo parziale, la retribuzione imponibile è determinata in via virtuale sulla base di quella riferita al corrispondente lavoro a tempo pieno.

4. Per gli iscritti destinatari di trattamento pensionistico di reversibilità le quote percentuali previste a carico degli "iscritti in quiescenza" e dei relativi familiari beneficiari sono applicate sul 65% del trattamento pensionistico che sarebbe spettato al titolare deceduto e comunque su una base minima di € 20.000. Nel caso di iscritti destinatari di trattamento pensionistico indiretto le relative quote sono applicate sul 65% dell'ultima retribuzione in servizio. In entrambi i casi si applicano nel tempo le rivalutazioni previste al comma 2 che precede.

5. Ove l'iscritto in servizio sia assente dal servizio senza trattamento retributivo o con retribuzione ridotta, corrisponde la contribuzione dovuta per sé e per i relativi familiari beneficiari, assumendo quale base imponibile la retribuzione virtuale, che percepirebbe in servizio.

6. Il contributo contemplato dal comma che precede è addebitato all'iscritto in coincidenza della prima attribuzione retributiva successiva alla ripresa del servizio, se l'assenza è pari o inferiore a 12 mesi, con possibilità per il dipendente, di rateizzare l'importo dovuto in un periodo massimo di 12 mesi, ovvero tramite addebito annuale sul conto corrente, in caso di assenze di durata superiore.

7. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro in corso d'anno con diritto a trattamento pensionistico per i mesi non lavorati la retribuzione presa a riferimento per la contribuzione è, pro-quota, la retribuzione imponibile ai fini del trattamento di fine rapporto calcolata su base annua.

8. Nel caso di decesso dell'iscritto alla "Gestione iscritti in servizio" o dell'iscritto alla "Gestione iscritti in quiescenza", i familiari, dal mese in cui si verifica l'evento e sino al 31 dicembre del medesimo anno, corrispondono la sola quota a loro carico.

9. Nel caso previsto all'art. 4, comma 18. per il periodo di fruizione delle prestazioni di cui all'Appendice 2, l'iscritto versa il contributo definito dalle Fonti Istitutive per le prestazioni previste dalla predetta Appendice 2, nonché quello per gli eventuali familiari non a carico resi beneficiari e corrisponderà inoltre, a titolo di contributo d'ingresso:

- un importo pari allo 0,50% dell'imponibile pensionistico
- un importo pari allo 0,25% dell'imponibile pensionistico se il passaggio alla "Gestione mista" è avvenuto dalla "Gestione iscritti in servizio" senza concludere il percorso di ingresso di cui al successivo art. 33 ovvero dalla Gestione iscritti in servizio con richiesta di mantenimento dell'iscrizione alla Gestione mista all'atto del pensionamento.

## Art. 10

1. Le contribuzioni a carico del datore di lavoro/committente sono versate anticipatamente su base annuale al "Fondo Sanitario" ovvero, per il Personale di nuova assunzione, contestualmente all'iscrizione.

2. I contributi a carico degli "iscritti in servizio" per sé e per i familiari, suddivisi in rate mensili sono trattenuti dal datore di lavoro all'atto di ciascuna attribuzione retributiva e contestualmente versati al "Fondo Sanitario".

3. Gli apporti contemplati per gli iscritti alla "Gestione iscritti in quiescenza", sono addebitati sul conto corrente dell'iscritto in rate mensili e contestualmente versati al "Fondo Sanitario", a far tempo

dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello di cessazione del rapporto di lavoro.

4. Il contributo a carico degli iscritti alla "Gestione Mista", definito dalle Fonti Istitutive per le prestazioni previste all'Appendice 3, nonché quello per gli eventuali familiari resi beneficiari, è addebitato in unica soluzione sul conto corrente dell'iscritto in via anticipata.

5. Il debito contributivo di cui al comma 3 del presente articolo, relativo all'anno di cessazione, è assolto in unica soluzione a valere – ove possibile – sulle competenze di fine rapporto.

6. La contribuzione e le quote dovute dall'iscritto in conseguenza di modificazioni intervenute nel nucleo familiare nonché nei carichi fiscali di cui all'art. 5 ed all'art.6, per effetto dell'esercizio delle facoltà contemplate negli articoli stessi, sono dovute dal mese in cui si è verificato l'evento, con la precisazione che la variazione di carico fiscale ha efficacia dal 1° gennaio dell'anno in cui interviene.

7. In caso di perdita dei requisiti di cui all'art. 5 l'obbligo contributivo previsto dal comma che precede viene meno dal mese successivo a quello in cui si è verificato l'evento. La contribuzione è comunque trattenuta fino al momento della comunicazione laddove la stessa sia effettuata oltre quattro mesi dal verificarsi dell'evento.

8. In caso di decesso di un iscritto ovvero dei relativi beneficiari, ovvero di perdita dei requisiti, il relativo obbligo contributivo viene meno dal mese successivo a quello in cui si è verificato l'evento.

9. Il "Fondo Sanitario" non fa luogo a rimborsi di apporti economici ad esso versati, fatta eccezione e fino a concorrenza, per la compensazione con eventuali prestazioni fruite successivamente alla perdita dei requisiti, come disciplinato dal comma 7 dell'art.11.

#### Art. 11

1. Il "Fondo Sanitario" eroga agli iscritti della "Gestione iscritti in servizio" e della "Gestione iscritti in quiescenza", sino a capienza delle proprie disponibilità, le prestazioni analiticamente indicate dai Regolamenti delle prestazioni secondo le modalità, le condizioni ed i limiti ivi stabiliti.

2. Il "Fondo Sanitario" eroga annualmente le prestazioni di cui al D.M. 27/10/2009 in misura non inferiore alla percentuale dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite agli assistiti, necessaria per fruire dei benefici di legge.

3. Il "Fondo Sanitario" riconosce agli iscritti alla "Gestione mista", tramite polizze ovvero convenzioni di cui si renda contraente, le prestazioni elencate nell'Appendice 3.

4. Il "Fondo Sanitario", ad eventuale integrazione delle prestazioni di cui al comma 1, attribuisce agli iscritti, nei limiti e nei termini previsti dalle fonti istitutive - i cui inerenti accordi divengono parte integrante dell'ordinamento dello stesso - o determinati dal Consiglio di Amministrazione, ulteriori prestazioni per il tramite di polizze ovvero di convenzioni di cui si renda contraente.

5. Il "Fondo Sanitario" attraverso la "Gestione Fondo protezione" riconosce inoltre, tramite polizze ad adesione collettiva di cui si rende contraente, le coperture LTC:  
- agli iscritti che non siano destinatari della analoga copertura di cui al CCNL del credito;  
- ai coniugi/uniti civilmente/coniugi di fatto degli iscritti;

6. Il "Fondo Sanitario" inoltre riconosce agli ulteriori iscritti che ne facciano richiesta, anche a favore dei familiari beneficiari, la copertura LTC ad adesione volontaria con onere a loro carico.

7. Il diritto alla fruizione delle prestazioni del "Fondo Sanitario" viene meno dal momento della perdita della qualifica di iscritto o di familiare beneficiario ai sensi dell'art. 7.