



REGOLE IN MATERIA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO

Emittente:
Direzione Centrale Risorse Umane

Destinatari:
Gruppo Intesa Sanpaolo – Società Italia

Percorso:
Normativa – Regole – Gestione Risorse – Gestione Risorse Umane

Decorrenza: 1° Gennaio 2016

INDICE

PREMESSA.....	3
PRINCIPI GENERALI.....	3
DISPOSIZIONI.....	4
1) Nuove Iscrizioni.....	4
2) Iscrizioni in Essere.....	5
3) Familiari.....	6
4) Segnalazioni.....	7
5) Cessazioni.....	8
6) Provvedimenti a carico degli iscritti.....	8
7) Contribuzioni.....	9
8) Modalità di addebito delle contribuzioni.....	11
9) Prestazioni.....	12
10) Rimborso delle prestazioni	12
11) Modalità e tempistiche di liquidazione delle prestazioni.....	13
12)Trattamento fiscale.....	13
13) Call center.....	14
14) Sito internet.....	14

REGOLE IN MATERIA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

PREMESSA

La presente normativa illustra i contenuti delle Regole in materia di assistenza sanitaria applicate agli iscritti al Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo, di seguito "Fondo Sanitario" – istituito con accordo del 2 ottobre 2010 – aggiornate a seguito delle intese sottoscritte in data 26 novembre 2015, che hanno apportato modifiche allo Statuto ed ai Regolamenti delle Prestazioni per gli "iscritti in servizio" e per gli "iscritti in quiescenza", nonché alle contribuzioni previste per il personale in quiescenza.

Destinatario di tale normativa è, come meglio specificato e secondo le modalità sotto dettagliate, il Personale in servizio, in quiescenza, ovvero che abbia aderito al Fondo di Solidarietà ex D.M. 158/2000, 226/2006 e successive modifiche ed integrazioni, di Intesa Sanpaolo, Intesa Sanpaolo Group Services, Banca dell'Adriatico, Banca IMI, Banca Prossima, Banco di Napoli, Cassa dei Risparmi di Forlì e della Romagna, Cassa di Risparmio del Veneto, Cassa di Risparmio in Bologna, Banca CR Firenze, Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia, Casse di Risparmio dell'Umbria, Cassa di Risparmio di Pistoia e della Lucchesia, Fideuram Intesa Sanpaolo Private Banking, Intesa Sanpaolo Private Banking, Equiter, Eurizon Capital, Epsilon Sgr, Fideuram Fiduciaria, Fideuram Investimenti, IMI Fondi Chiusi, IMI Investimenti, Intesa Sanpaolo Formazione, Mediocredito Italiano, Intesa Sanpaolo Reoco, Accedo, Sanpaolo Invest SIM, Setefi, Sirefid, Intesa Sanpaolo Casa, Intesa Sanpaolo Provis.

Si precisa che è possibile reperire copia dello Statuto aggiornato, dell'accordo 2 ottobre 2010 e delle relative disposizioni attuative, nonché tutta la normativa di riferimento all'interno del sito internet del "Fondo Sanitario", www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it inclusi il "Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in servizio" e il "Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in quiescenza".

PRINCIPI GENERALI

Il "Fondo Sanitario", ente privo di fini di lucro, nell'ambito dei valori mutualistici e di solidarietà sociale, ha scopo esclusivamente assistenziale ed è preposto ad erogare agli iscritti ed ai rispettivi familiari beneficiari prestazioni integrative e sostitutive di quelle fornite dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il "Fondo Sanitario" presuppone:

- l'essenziale apporto dei contributi dell'Azienda e degli iscritti;
- la solidarietà e la mutualità tra gli iscritti;
- l'economicità della gestione;
- la salvaguardia, in ogni esercizio, dell'equilibrio contabile/amministrativo delle distinte gestioni (rapporto contribuzioni/prestazioni).

Nell'ambito del "Fondo Sanitario", ferma restando l'unitaria rappresentazione del resoconto contabile, sono presenti separate ed autonome evidenze dell'andamento degli apporti contributivi e degli esborsi di pertinenza rispettivamente degli "iscritti in servizio" (che include anche il Personale che ha aderito al Fondo di Solidarietà) e degli "iscritti in quiescenza", con equilibrio annuale autonomo delle separate gestioni, come meglio specificato al capitolo 5 dello Statuto.

Con finalità di solidarietà intergenerazionale e di mutualità tra gli iscritti attivi e pensionati si procede annualmente al:

- riversamento alla gestione "iscritti in quiescenza", all'inizio di ogni esercizio di una percentuale del totale delle contribuzioni annue della gestione "iscritti in servizio" (escluso quanto pagato sia dall'Azienda che dai Dipendenti per le polizze ai sensi dell'accordo 2 ottobre 2010) a condizione che nell'anno precedente la

gestione "iscritti in servizio" sia stata in equilibrio, determinandosi in caso contrario una riduzione del contributo dell'anno successivo pari all'importo equivalente allo sbilancio; tale riversamento per gli anni 2011, 2012 e 2013 è stato pari al 4%, mentre è stato aumentato al 6% a partire dal 2014;

- trasferimento dal patrimonio della sezione "iscritti in servizio" a quello della sezione "iscritti in quiescenza", a partire dall'esercizio 2012, di un importo determinato rapportando il totale del patrimonio della sezione "iscritti in servizio" al 31 dicembre dell'anno precedente al totale di "iscritti in servizio" alla medesima data, moltiplicato per il numero di iscritti che, acquisendo il diritto a pensione, chiedono di mantenere l'iscrizione alla gestione di competenza a partire dal 1° gennaio dell'anno di riferimento.

Qualora, nell'ambito di ciascun esercizio e separatamente per ogni gestione, disposti gli accrediti ed i riversamenti sopra indicati, risulti uno squilibrio tra contribuzioni e prestazioni si procede al ripianamento utilizzando prioritariamente i rendimenti delle contribuzioni e del patrimonio e successivamente, in egual misura, la "quota differita" di cui al capitolo "Rimborsi" del Regolamento delle prestazioni di pertinenza e le riserve nei limiti e con i vincoli stabiliti dallo Statuto. Qualora attuato quanto precede ed utilizzata l'eventuale residua "quota differita", si evidenziassero comunque risultati negativi di una o entrambe le definite separate gestioni relative agli "iscritti in servizio" e agli "iscritti in quiescenza", il disavanzo dovrà essere ripianato da tutti gli iscritti alla/e sezione/i interessata/e dal disavanzo secondo il criterio di addebito proporzionale alle contribuzioni versate.

DISPOSIZIONI

1) NUOVE ISCRIZIONI

a) L'iscrizione al "Fondo Sanitario" avviene in automatico dalla data di assunzione per tutti i nuovi assunti, presso le Aziende indicate in premessa, con contratto a tempo indeterminato o con contratto di apprendistato professionalizzante, con fruizione delle prestazioni previste dal "Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in servizio" (allegato 1).

Il perfezionamento dell'iscrizione mediante autorizzazione al trattamento dei dati personali e l'eventuale estensione delle prestazioni ai familiari - nei limiti previsti dalla normativa Statutaria - devono essere effettuati con la specifica applicazione on line disponibile nell'area iscritto del sito internet del "Fondo Sanitario", entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo all'assunzione.

E' fatta salva la facoltà di recesso da esercitarsi in via definitiva e irrevocabile, facendo pervenire tramite lettera raccomandata indirizzata al "Fondo Sanitario" il modulo di recesso debitamente compilato, entro la fine del quarto mese successivo alla data in cui si è determinata l'iscrizione, a valere retroattivamente dalla medesima data.

L'"iscritto in servizio" può inoltre revocare l'iscrizione, sempre in via definitiva e irrevocabile, inoltrando lettera raccomandata al "Fondo Sanitario", a partire dal settimo anno successivo all'iscrizione, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente.

b) Sono parimenti iscritti al "Fondo Sanitario" i dipendenti di nuove Società, aventi sede in Italia, che entrino a far parte del Gruppo Intesa Sanpaolo ovvero di Società del Gruppo che richiedano di aderire.

In queste ipotesi i dipendenti sono iscritti al "Fondo Sanitario" sin dalla data di ingresso nel Gruppo o di richiesta di adesione da parte della Società, con applicazione del complessivo ordinamento statutario e fruizione, per un periodo di tre anni, di prestazioni erogate mediante polizza assicurativa sanitaria, sottoscritta per il tramite del Fondo medesimo: i contenuti minimi della stessa sono sintetizzati nell'Appendice 2 (in allegato 3).

A decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza del "periodo di ingresso" l'iscritto inizia a fruire delle prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario" (di cui ai rispettivi Regolamenti delle Prestazioni, allegati 1 e 2).

c) Al "Fondo Sanitario" viene inoltre iscritto dietro specifica istanza, con fruizione delle prestazioni previste dal "Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in quiescenza" (allegato 2) il Personale che cessa dal rapporto di

lavoro con diritto a trattamento pensionistico e che abbia assolto l'obbligo contributivo per almeno cinque anni al "Fondo Sanitario" ovvero, indipendentemente dall'anzianità contributiva, il Personale iscritto al "Fondo Sanitario" che risolva il rapporto di lavoro con diritto a trattamento pensionistico di inabilità a carico dell'Assicurazione Generale Obbligatoria. Detta istanza deve essere esercitata entro la fine del quarto mese successivo a quello della cessazione del rapporto di lavoro.

Per il personale che abbia aderito al Fondo di Solidarietà detto termine decorre dalla data di effettivo percepimento del trattamento pensionistico.

Agli iscritti al "Fondo Sanitario" che abbiano maturato, dal 1° gennaio 2011 al 31 dicembre 2015 il diritto al trattamento pensionistico, è consentito il mantenimento dell'iscrizione da quiescenti anche nel caso in cui i medesimi non abbiano assolto l'obbligo contributivo di almeno cinque anni di servizio, inoltrando formale richiesta secondo le modalità suindicate ⁽¹⁾.

Per il personale che cessi dal rapporto di lavoro con diritto al trattamento pensionistico e che richieda il mantenimento dell'iscrizione nella sezione "iscritti in quiescenza", la qualifica di "iscritto in servizio" è mantenuta sino al 31 dicembre dell'anno in cui avviene la cessazione del rapporto di lavoro, con pagamento della relativa contribuzione prevista per tale tipologia di iscritti.

L'iscrizione può essere altresì mantenuta, dietro specifica istanza, anche da parte dei beneficiari degli iscritti deceduti, in quiescenza ovvero in servizio, se destinatari di un trattamento pensionistico di reversibilità o indiretto. Detta istanza deve essere esercitata entro il termine del quarto mese successivo dalla data di decesso dell'iscritto.

Tale possibilità è riferita unicamente al nucleo familiare beneficiario in essere alla data di decesso dell'iscritto, senza estensione delle prestazioni ad ulteriori familiari.

In tal caso per i familiari beneficiari che ne abbiano fatto richiesta, è mantenuta la qualifica di beneficiario sino al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificato l'evento, con pagamento della relativa contribuzione.

L'"iscritto in quiescenza" può revocare l'iscrizione, inoltrando tramite lettera raccomandata al "Fondo Sanitario" il modulo di recesso debitamente compilato:

- a partire dal mese di dicembre del terzo anno successivo a quello di iscrizione alla specifica sezione del "Fondo Sanitario", 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.

2) ISCRIZIONI IN ESSERE

Dal momento della costituzione, 1° gennaio 2011, sono iscritti al "Fondo Sanitario":

a) tutti i dipendenti ed i quiescenti delle Società del Gruppo elencate in premessa che, provenendo dalle preesistenti Casse Sanitarie del Gruppo (Cassa Intesa, Cassa Spimi, FIA Cariparo), o che sarebbero stati destinatari delle stesse, dalla data del 1° gennaio 2011 hanno iniziato a usufruire delle prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario", ovvero si sono iscritti successivamente, in virtù delle disposizioni Statutarie.

b) tutti i dipendenti ed i quiescenti delle Società del Gruppo elencate in premessa non rientranti nel punto precedente che, per un periodo transitorio (c.d. "periodo di ingresso" di 2 o 3 anni in base a quanto previsto dalle disposizioni attuative dell'accordo 2 ottobre 2010), hanno fruito di prestazioni erogate mediante polizza assicurativa sanitaria sottoscritta per il tramite del "Fondo Sanitario" medesimo, con immediata applicazione del complessivo ordinamento statutario.

L

⁽¹⁾ Il mantenimento dell'iscrizione da quiescenti è consentito, in virtù dell'accordo del 20 maggio 2015, anche al personale già di Banca Monte Parma che maturi il diritto a trattamento pensionistico entro il 31 dicembre 2018 e che non riesca ad assolvere entro tale termine il previsto obbligo contributivo di cinque anni.

A decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza del "periodo di ingresso" i dipendenti ed i quiescenti di ciascuna Società nonché i relativi beneficiari fruiscono delle prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario" previste dai rispettivi "Regolamenti delle Prestazioni".

c) il personale che abbia aderito al Fondo di Solidarietà e sia stato, ai sensi dei relativi accordi, beneficiario delle prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario" o mediante polizza sanitaria assicurativa sottoscritta per il tramite del Fondo medesimo.

3) FAMILIARI

L'iscritto, a richiesta, può rendere beneficiari delle prestazioni di cui è destinatario i seguenti familiari fiscalmente a carico:

- il coniuge, in assenza di separazione legale;
- 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.

Per familiare fiscalmente a carico si intende il soggetto – percettore di redditi propri di ammontare complessivamente inferiore ai limiti di legge – nei cui confronti l'iscritto sia destinatario, anche in quota parte, degli inerenti benefici fiscali, nel rispetto della normativa di legge vigente. Con esclusivo riguardo ai figli è sufficiente che ricorra il solo requisito di reddito.

L'estensione delle prestazioni del "Fondo Sanitario" a favore degli altri familiari fiscalmente a carico, oltre ad essere subordinata all'iscrizione del coniuge e figli a carico, deve riguardare la totalità degli stessi familiari fiscalmente a carico, così come risultante dallo stato di famiglia anagrafico dell'iscritto; tale condizione deve essere mantenuta nel tempo. Fanno eccezione esclusivamente i beneficiari di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa, che dovrà essere dichiarata all'atto dell'iscrizione.

Tali previsioni sono derogate in favore del coniuge.

É inoltre facoltà dell'iscritto rendere fruitori delle prestazioni del "Fondo Sanitario" i seguenti familiari non fiscalmente a carico:

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

L'iscritto può estendere il beneficio delle prestazioni esclusivamente a favore della totalità dei familiari non fiscalmente a carico risultante dallo stato di famiglia anagrafico e subordinatamente all'iscrizione al "Fondo Sanitario" della totalità dei familiari fiscalmente a carico; tale condizione deve essere mantenuta nel tempo. Fanno eccezione esclusivamente i familiari fruitori di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa, che dovrà essere dichiarata all'atto dell'iscrizione.

Laddove sia previsto il requisito della convivenza, sia in relazione ai familiari fiscalmente a carico che a quelli non a carico, 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 che comprovi la sussistenza della convivenza per l'intero anno precedente.

Le previsioni di cui sopra sono derogate in favore del coniuge (anche di fatto).

Nel caso di iscritti legati da vincolo matrimoniale o unione in famiglia di fatto (debitamente certificata da stato di famiglia) si fa comunque riferimento a due nuclei (con massimali distinti), con aggregazione, a libera scelta degli interessati, dei figli ad una delle posizioni dei genitori. La scelta non è successivamente modificabile, ad eccezione dei casi di variazione del nucleo familiare.

Le prestazioni del "Fondo Sanitario" vengono meno dal momento della perdita della qualifica di iscritto o di familiare beneficiario, ai sensi della normativa Statutaria.

Pertanto devono essere comunicati tempestivamente i casi di decesso o la perdita dei requisiti da parte dei familiari beneficiari delle prestazioni del "Fondo Sanitario" quali il matrimonio, la separazione legale o il divorzio, la variazione del carico fiscale, il venir meno della convivenza anagrafica.

Il "Fondo Sanitario", in ragione del necessario rispetto da parte degli assistiti della normativa Statutaria tempo per tempo vigente, effettua verifiche periodiche circa la rispondenza del nucleo familiare beneficiario delle prestazioni alle specifiche previsioni in materia.

4) SEGNALAZIONI

Si precisa che:

- ogni iscritto ha l'obbligo di comunicare tempestivamente al "Fondo Sanitario" ogni variazione del proprio stato di famiglia e della situazione dei carichi fiscali;
- unicamente a seguito di variazioni del nucleo familiare dell'aderente intervenute successivamente all'iscrizione, le prestazioni del "Fondo Sanitario" possono essere estese, sempre a richiesta, ai medesimi soggetti indicati al punto 3) FAMILIARI, entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo all'insorgenza del diritto. In tal caso, 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 che comprovi la sussistenza della convivenza per l'intero anno precedente. Tale ultima disposizione è derogata in favore del coniuge di fatto;
- decorsi i termini di cui sopra l'iscritto può esercitare le facoltà di estensione delle prestazioni di cui all'alinea precedente, 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;
- se un familiare beneficiario che ha perso i requisiti di iscrizione al "Fondo Sanitario" per effetto della variazione di stato civile e/o della convivenza si trova nuovamente nelle condizioni previste dallo Statuto per essere reso beneficiario delle prestazioni da parte di un iscritto al "Fondo Sanitario", potrà vedere accolta la richiesta di nuova iscrizione, nel rispetto delle modalità e dei criteri previsti dallo 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);
- la contribuzione e le quote dovute dall'iscritto in conseguenza di modificazioni intervenute nel nucleo familiare nonché nei carichi fiscali son 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;
- in caso di perdita dei requisiti per l'iscrizione dei familiari l'obbligo contributivo previsto 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;

- laddove intervengano variazioni dei carichi fiscali, è possibile, nel rispetto del principio della continuità, mantenere l'estensione delle prestazioni, seppur a diverso titolo contributivo, ai soggetti a suo tempo individuati ove la mancanza del requisito fiscale non costituisca causa ostativa.

5) CESSAZIONI

La qualifica di iscritto viene meno a seguito di:

- cessazione del rapporto di lavoro senza diritto a trattamento pensionistico;
- esercizio della facoltà di revoca e di rinuncia, ai sensi delle disposizioni Statutarie;
- mancato esercizio della richiesta di prosecuzione dell'iscrizione da parte dei dipendenti (e degli aderenti al Fondo di Solidarietà) che cessano dal servizio con diritto al trattamento pensionistico, nonché da parte dei beneficiari di iscritti deceduti, se destinatari di un trattamento pensionistico di reversibilità o indiretto;
- compimento di gravi irregolarità nei confronti del "Fondo Sanitario", ascrivibili all'aderente od ai familiari beneficiari delle prestazioni;
- mancata corresponsione del contributo da parte dell'iscritto, anche in favore dei familiari, per oltre un anno.

La qualifica di familiare beneficiario viene meno:

- in caso di perdita della qualifica di iscritto da parte del dipendente o del pensionato per qualsivoglia motivo;
- contestualmente al venir meno dell'iscrizione e comunque alla perdita dei requisiti prescritti per le diverse situazioni;
- a seguito di revoca da parte dell'iscritto, in caso di fruizione di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa;
- a seguito di matrimonio/unione di fatto del familiare beneficiario fiscalmente non 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.

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 del "Fondo Sanitario".

Non sono, in nessun caso, ammesse soluzioni di continuità nell'iscrizione al "Fondo Sanitario".

6) PROVVEDIMENTI A CARICO DEGLI ISCRITTI

Il "Fondo Sanitario" ha facoltà di far compiere accertamenti, anche di natura medica, al fine di verificare la fondatezza e la regolarità delle richieste di prestazioni, nel rispetto del diritto alla riservatezza di ciascun iscritto.

L'iscritto è tenuto a conservare e rendere disponibile a richiesta al "Fondo Sanitario" la documentazione in originale relativa a prestazioni oggetto di rimborso, per il periodo previsto dalla normativa fiscale tempo per tempo vigente (attualmente fino al quinto anno successivo a quello di sostenimento della spesa).

Qualora siano rilevati presunti abusi, l'iscritto ed il nucleo familiare beneficiario sono soggetti a sospensione cautelare dall'erogazione delle prestazioni previste.

L'interessato, entro 15 giorni dalla comunicazione del provvedimento di sospensione e dalla relativa contestazione degli addebiti, ha facoltà di presentare giustificazioni scritte.

Trascorso l'indicato termine, anche in mancanza delle predette giustificazioni, il Consiglio di Amministrazione, nella prima adunanza utile può deliberare, in via definitiva, eventuali sanzioni.

In caso di accertato abuso, fatte salve - se del caso - comunicazioni all'Autorità Giudiziaria, l'aderente è tenuto al rimborso di quanto indebitamente percepito; inoltre il Consiglio di Amministrazione può deliberare a carico dell'iscritto nei cui confronti vengano accertate gravi irregolarità la sospensione del beneficio delle prestazioni del "Fondo Sanitario" medesimo per un periodo di tempo variabile in relazione all'entità dei fatti accertati, con mantenimento delle contribuzioni e proporzionando eventualmente i massimali contemplati dal Regolamento delle prestazioni di pertinenza alla porzione di anno in cui sono ripristinate le coperture.

Il "Fondo Sanitario" ha facoltà di ridurre o respingere le richieste di assistenza, in caso di abuso e comunque in presenza di prestazioni non rimborsabili.

7) CONTRIBUZIONI

Il "Fondo Sanitario" si fonda sul principio dell'apporto contributivo congiunto da parte dell'Azienda e degli iscritti, secondo le misure di seguito indicate:

a) "Iscritti in servizio" che fruiscano di prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario"

- A carico del datore di lavoro

Importo in cifra fissa annua per ciascun dipendente in servizio, nella misura tempo per tempo disposta dalle fonti collettive e annualmente rivalutata (con riferimento all'anno 2015 € 957,01).

- A carico degli iscritti

- 1,00 % per sé;
- 0,10 % per ogni familiare a carico (sino ad un massimo dello 0,30%);
- 0,90 % per ogni familiare non a carico.

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 pari, per l'anno 2015, a € 106.311,06.

Le medesime previsioni troveranno applicazione anche a favore del Personale aderente al "Fondo di Solidarietà", ove previsto nei relativi accordi. La contribuzione a carico degli iscritti é determinata, in questo caso, con riferimento all'ultima retribuzione imponibile INPS percepita in servizio.

Le quote percentuali previste a carico di quanti abbiano avuto accesso o accedano alle prestazioni emergenziali del "Fondo di Solidarietà" ai sensi delle intese sottoscritte in data 19 marzo 2014, e dei relativi familiari, a decorrere dalla data di risoluzione del rapporto di lavoro e fino al mantenimento delle prestazioni emergenziali, sono applicate al 75% della retribuzione imponibile ai fini del trattamento di fine rapporto dell'ultimo mese di lavoro calcolato su base annua.

b) "Iscritti in quiescenza" che fruiscano di prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario"

- A carico degli iscritti

- 3,00 % per sé;
- 0,25 % per ogni familiare a carico (sino ad un massimo dello 0,75 %)
- 1,50 % per ogni familiare non a carico

Le quote percentuali previste a carico degli "iscritti in quiescenza" e dei relativi familiari beneficiari sono applicate su tutte le voci della pensione AGO (INPS o INPDAP ex CPDEL) 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 pari, per l'anno 2015, a € 106.311,06.

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 INPS percepita in servizio. In entrambi i casi si applicano nel tempo le rivalutazioni secondo la dinamica perequativa prevista dall'INPS con il limite massimo indicato al capoverso precedente.

Con riferimento ai precedenti punti a) e b), si precisa che:

- per quanto riguarda le previsioni del Regolamento del FIA Cariparo, restano confermate le attribuzioni contributive in essere a favore degli iscritti in quiescenza al FIA Cariparo, che continueranno ad essere versate, a scomputo della contribuzione individualmente dovuta da ciascun iscritto in quiescenza, unicamente in caso di mantenimento dell'iscrizione al "Fondo Sanitario" di Gruppo ed in costanza della stessa; le stesse vengono altresì confermate in capo agli iscritti FIA Cariparo che abbiano aderito al Fondo di Solidarietà e che hanno mantenuto l'iscrizione al FIA Cariparo nei termini previsti dai rispettivi accordi, laddove mantengano l'iscrizione al "Fondo Sanitario" da quiescenti, purché abbiano maturato almeno 15 anni di iscrizione al FIA Cariparo;
- analoga previsione dell'alinea che precede viene altresì mantenuta a favore dei dipendenti iscritti al FIA Cariparo che al 31 dicembre 2010 abbiano maturato almeno 15 anni di iscrizione allo stesso, all'atto del collocamento in quiescenza, subordinatamente al mantenimento dell'iscrizione al "Fondo Sanitario" ed in costanza di iscrizione allo stesso; si prescinde dal requisito dei 15 anni di iscrizione unicamente nei confronti dei pensionati di inabilità, purché assunti dalla Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo, ora Cassa di Risparmio del Veneto, ante 1° giugno 2006. L'impegno di cui sopra opererà a scomputo della contribuzione individualmente dovuta da ciascun iscritto;

c) Iscritti che fruiscano di prestazioni per il tramite di Polizza Sanitaria

- A carico del datore di lavoro:

L'Azienda provvederà al pagamento del premio annuale previsto per la polizza stessa, a copertura del dipendente e dei suoi familiari a carico.

- A carico degli iscritti

Gli iscritti corrisponderanno quanto previsto a loro onere per i familiari non a carico oltre ad un importo, a titolo di "contributo di ingresso", pari al 50% della quota percentuale prevista per l'iscritto in servizio destinatario delle prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario", per sé e per i familiari a carico.

Al termine del "periodo di ingresso" il personale interessato contribuirà nelle misure sopra specificate, previste a carico dei dipendenti iscritti al "Fondo Sanitario" che fruiscono delle prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario" medesimo.

Con riferimento a tutto quanto precede, si evidenzia che:

- Il limite imponibile di € 106.311,06 è rivalutato, a decorrere dal 2016, 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;
- per l'iscritto con rapporto di lavoro a tempo parziale, la retribuzione imponibile è determinata in via virtuale sulla base di quella riferita al corrispondente lavoro a tempo pieno;

- per l'iscritto assente dal servizio senza trattamento retributivo o con retribuzione ridotta, l'imponibile è determinato in via virtuale sulla base della retribuzione che percepirebbe in servizio.
Il contributo è addebitato all'iscritto in coincidenza della prima retribuzione 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.
- 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 del mese di cessazione ai fini del trattamento di fine rapporto calcolata su base annua;
- nel caso di decesso dell'iscritto, 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 ove optino per il mantenimento dell'iscrizione.

Ristoro delle maggiori contribuzioni a carico dell'iscritto

I maggiori oneri contributivi relativi alla quota per sé a carico dei dipendenti iscritti alla Cassa Intesa o alla Cassa Spimi o al FIA Cariparo con prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario", individuati con riferimento alla data del 31 dicembre 2010, vengono compensati da parte dell'Azienda datrice di lavoro, in costanza di iscrizione al "Fondo Sanitario", mediante incremento, a titolo specifico, non assorbibile a seguito di eventuale incremento dell'aliquota previdenziale complementare, della corrispondente percentuale alla posizione individuale di previdenza complementare a contribuzione definita in capo all'interessato, senza che ciò determini un correlativo obbligo contributivo in capo all'iscritto.

Si precisa che per il Personale già beneficiario della polizza ex Banco di Napoli, lo 0,50% dell'imponibile TFR di cui all'accordo ex Sanpaolo 30 gennaio 2003, dall'1.1.2013 è destinato alla previdenza complementare a contribuzione definita.

8) MODALITA' DI ADDEBITO DELLE CONTRIBUZIONI

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".

Gli apporti contemplati per gli "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. Il debito contributivo relativo all'anno di cessazione è assolto in unica soluzione a valere – ove possibile – sulle competenze di fine rapporto.

La contribuzione e le quote dovute dall'iscritto in conseguenza di modificazioni intervenute nel nucleo familiare nonché nei carichi fiscali sono dovute dal mese in cui si è verificato l'evento, con la precisazione che, con riferimento ai carichi fiscali, in conformità con le disposizioni di legge in materia, le contribuzioni previste sono dovute in ogni caso per l'intero anno fiscale di riferimento della modifica.

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, qualora la relativa comunicazione venga effettuata entro il termine di 4 mesi.

Ove le prestazioni siano riconosciute per il tramite di polizze, le contribuzioni sono operate secondo le modalità previste nelle polizze stesse.

9) PRESTAZIONI

Il "Fondo Sanitario" eroga agli iscritti, sino a capienza delle proprie disponibilità, le prestazioni analiticamente indicate dal "Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in servizio" (allegato 1) e dal "Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in quiescenza" (allegato 2) secondo le modalità, le condizioni ed i limiti ivi stabiliti.

Nei casi di ricoveri con intervento chirurgico presso struttura non convenzionata per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, il Fondo, su domanda opportunamente documentata, corrisponde a tale titolo un massimo del 50% dell'onere complessivo rimborsabile legato all'intervento, purché l'importo risultante non sia inferiore a € 5.000, salvo conguaglio a cura ultimata e ferme restando le franchigie ed i massimali previsti dai relativi Regolamenti delle prestazioni.

In presenza di oneri oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, di rimborso e/o anticipazione a titolo definitivo da parte di terzi – anche a seguito di infortuni causati dagli stessi – ovvero in caso di altre coperture per se stesso e/o per i familiari beneficiari, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione al "Fondo Sanitario", che riconosce le prestazioni al netto di quanto rimborsato e/o anticipato.

In particolare, una volta ottenuta la liquidazione da parte del soggetto terzo, sarà possibile richiedere al "Fondo Sanitario", nel termine di 90 giorni, il rimborso della residua quota di spesa rimasta a carico dell'iscritto, nel limite di quanto spettante in applicazione del Regolamento delle prestazioni di pertinenza.

Se l'iscritto intende invece richiedere in prima istanza il rimborso al "Fondo Sanitario", esso avverrà in via definitiva e senza applicazione di quota differita, in misura pari al 50% di quanto spettante in applicazione del Regolamento delle prestazioni di pertinenza.

Ove le prestazioni siano riconosciute per il tramite di polizze, i rimborsi sono operati secondo le modalità previste nelle polizze stesse.

10) RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI

Le richieste di rimborso relative alle prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario" dovranno essere inviate esclusivamente al "Fondo Sanitario".

Le spese sostenute a fronte delle prestazioni di cui al "Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in servizio" (vedi allegato 1) sono liquidate nella misura dell'80% della somma spettante, ad eccezione di quelle in appresso elencate, che vengono rimborsate senza applicazione di quota differita:

- Grandi Eventi Patologici (Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Malattie) di cui all'elenco allegato al "Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in servizio" (allegato 1);
- ticket sanitari, ivi compresi gli equivalenti importi privatistici riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici;
- indennità giornaliera e connessi oneri rimborsabili di cui all'articolo "Prestazioni Ospedaliere – Indennità di Diaria" del "Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in servizio" (allegato 1);
- prestazioni effettuate da medici e strutture in forma convenzionata.

Le spese sostenute a fronte delle prestazioni di cui al "Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in quiescenza" (vedi allegato 2) sono liquidate, nella misura del 70% della somma spettante, ad eccezione di quelle in appresso elencate, che vengono rimborsate senza applicazione di quota differita:

- Grandi Eventi Patologici (Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Malattie) di cui all'elenco allegato al "Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in quiescenza" (allegato 2);
- ticket sanitari, ivi compresi gli equivalenti importi privatistici riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici;
- indennità giornaliera e connessi oneri rimborsabili di cui all'articolo "Prestazioni Ospedaliere – Indennità di Diaria" del "Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in quiescenza" (allegato 2);
- prestazioni effettuate da medici e strutture in forma convenzionata.

La liquidazione della residua quota non immediatamente erogata (c.d. "quota differita"), ha luogo entro il 30 giugno dell'anno successivo a seguito dell'approvazione del bilancio e sulla base del risultato di esercizio della gestione di pertinenza, con priorità di erogazione delle prestazioni fino alla concorrenza della c.d. "soglia delle risorse vincolate" prevista dal D.M. 27/10/2009 nonché per quelle sostenute dagli iscritti portatori di handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 5/2/1992 n. 104.

Ove non consegua l'integrale liquidazione della quota residua, il rimborso avviene in misura proporzionale alla parte rimanente della quota stessa.

11) MODALITA' E TEMPISTICHE DI LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il "Fondo Sanitario" liquida agli iscritti le prestazioni con accredito sul conto corrente da loro intrattenuto.

Le prestazioni del "Fondo Sanitario" saranno liquidate, di massima, entro 45 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa necessaria ai fini dell'erogabilità della prestazione.

In caso di incompletezza documentale il termine è sospeso e riprende a decorrere solo a seguito della trasmissione da parte dell'assistito di tutta la documentazione richiesta dal "Fondo Sanitario".

La documentazione prevista per la liquidazione delle prestazioni con data dell'anno di competenza deve essere presentata al rimborso inderogabilmente entro il termine ultimo del 31 marzo dell'anno successivo ed è liquidata con le seguenti modalità:

- i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza presentati entro il termine del 31 dicembre del medesimo anno sono liquidati a valere sul computo dei massimali dell'anno di competenza con applicazione della normativa in allora vigente;
- i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza presentati successivamente al predetto termine del 31 dicembre ed entro il 31 marzo dell'anno successivo sono liquidati a concorrenza dei massimali dell'anno di competenza;
- i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza respinti in quanto irregolari sono ammessi alla liquidazione ad avvenuto perfezionamento se pervenuti entro il termine ultimo del 30 giugno dell'anno successivo e con le medesime modalità previste dagli alinea precedenti.

La documentazione prodotta oltre i termini fissati dal comma precedente non comporta rimborsi.

I termini ultimi citati si considerano comunque rispettati se la spedizione della relativa documentazione avviene a mezzo raccomandata (effettuata tramite Poste Italiane od altro Corriere esterno autorizzato che effettui il servizio) entro i termini medesimi.

I rimborsi del "Fondo Sanitario" sono effettuati in Euro. Ove i rimborsi riguardino prestazioni sanitarie intervenute in Paesi con valuta diversa dall'Euro e' applicato il cambio ufficiale alla data di liquidazione della prestazione.

12) TRATTAMENTO FISCALE

La contribuzione corrisposta al "Fondo Sanitario", ivi comprese le quote relative ai familiari beneficiari indipendentemente dal carico fiscale, non concorre nel limite complessivo pro tempore vigente (per l'anno 2015 € 3.615,20) alla formazione del reddito imponibile, consentendo un risparmio pari all'aliquota Irpef marginale.

In conseguenza delle agevolazioni tributarie previste sulla contribuzione, tutte le spese di carattere sanitario rimborsate dal "Fondo Sanitario", non formano oggetto di detrazione di imposta. Restano, pertanto, detraibili

unicamente gli esborsi non riconosciuti dal "Fondo Sanitario" (quali franchigie, oneri eccedenti i massimali o comunque non rimborsabili).

13)CALL CENTER

Si informa che è operativo il servizio di call center ed assistenza di Previmedical per le informazioni relative al "Fondo Sanitario".

Il Contact Center risponderà ai seguenti numeri:

- Recapiti Telefonici
 - numero verde gratuito per chiamate da rete fissa: 800.08.37.78
 - numero a pagamento per chiamate da rete mobile: 199.28.48.37
 - numero a pagamento per chiamate dall'estero: +39 0422.1744055

- Recapiti e_mail: contactcenter.fsi@previmedical.it

14)SITO INTERNET

Le informazioni sul "Fondo Sanitario", con specifico riguardo a Statuto, circolari, modulistica, strutture convenzionate, nonché le funzionalità relative a richieste di rimborso ed aggiornamento nucleo beneficiario accessibili dall'area iscritto, sono disponibili sul sito internet del "Fondo Sanitario" <http://www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it>.

Allegati:

1. [Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in servizio](#)
2. [Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in quiescenza](#)
3. [Appendice 2 - Polizza sanitaria](#)