



REGOLE IN MATERIA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Struttura Responsabile del documento:
Direzione Centrale Affari Sindacali e Politiche del Lavoro

Destinatari:

Intesa Sanpaolo
Acantus
Consorzio Studi e Ricerche Fiscali
Epsilon Sgr
Eurizon Capital Sgr
Eurizon Capital Real Asset Sgr
Exetra
Fideuram Asset Management Sgr,
Fideuram Intesa Sanpaolo Private Banking
Intesa Sanpaolo Casa
Intesa Sanpaolo Innovation Center
Intesa Sanpaolo Private Banking
Intesa Sanpaolo Rent Foryou
Isybank
IW Private Investments Sim
Neva Sgr
Prestitalia
Siref Fiduciaria

Percorso:
ARCO - Regole - Gestione Risorse - Risorse Umane

Decorrenza: Gennaio 2023

INDICE

PREMESSA	3
1. PRINCIPI GENERALI.....	4
2. ISCRIZIONI.....	5
2.1 Nuove Iscrizioni	5
2.2 Iscrizioni in essere a partire dal 1° gennaio 2011	9
2.3 Familiari	10
2.4 Segnalazioni	11
2.5 Cessazioni	12
2.6 Provvedimenti a carico degli iscritti	13
3. CONTRIBUTIONI.....	14
3.1 Modalità di addebito delle contribuzioni	17
4. PRESTAZIONI.....	18
4.1 Rimborso delle prestazioni	19
4.2 Modalità e tempistiche di liquidazione delle prestazioni	19
5. TRATTAMENTO FISCALE	20
6. SITO INTERNET	20

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 da ultimo in data 5 novembre e 21 dicembre 2021, 20 gennaio, 22 aprile, 9 giugno e 19 ottobre 2022, che ne hanno rivisto l'assetto con interventi di miglioramento delle prestazioni apportando modifiche allo Statuto, ai Regolamenti delle Prestazioni per gli "iscritti in servizio" e per gli "iscritti in quiescenza", nonché alle contribuzioni previste per il personale in servizio.

A decorrere dal 1° gennaio 2022 sono state istituite:

- la "Gestione Mista", dedicata a erogare prestazioni sanitarie attraverso polizza relative ai "grandi rischi" ai 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"), nonché ai quiescenti che intendano aderirvi;
- la "Gestione Fondo Protezione" preposta a erogare coperture Long Term Care (LTC), definite mediante sottoscrizione di specifiche polizze assicurative, nonché prestazioni aventi carattere di prevenzione, definite tempo per tempo dal Consiglio di Amministrazione, sulla base dei programmi elaborati dal Comitato Scientifico del "Fondo Sanitario".

Destinatario di tale normativa è, come meglio specificato e secondo le modalità, tempo per tempo, statutariamente previste, il Personale in servizio, il Personale che abbia aderito al Fondo di Solidarietà ex D.M. 83486/2014 e successive modifiche ed integrazioni, gli "agenti", ed il Personale in quiescenza di:

- Intesa Sanpaolo
- Acantus
- Consorzio Studi e Ricerche Fiscali
- Epsilon Sgr
- Eurizon Capital Sgr
- Eurizon Capital Real Asset Sgr
- Exetra
- Fideuram Asset Management Sgr,
- Fideuram Intesa Sanpaolo Private Banking
- Intesa Sanpaolo Casa
- Intesa Sanpaolo Innovation Center
- Intesa Sanpaolo Private Banking
- Intesa Sanpaolo Rent Foryou
- Isybank
- IW Private Investments Sim
- Neva Sgr
- Prestitalia
- Siref Fiduciaria

E' altresì destinatario, con le medesime modalità, il Personale delle Fondazioni bancarie da cui siano originate Società del Gruppo, che detengano partecipazioni nel Gruppo medesimo e delle società/enti strumentali delle stesse per i quali siano stati sottoscritti accordi di adesione da parte delle fonti collettive specificatamente competenti ovvero, in assenza di esse, formalizzate richieste di adesione, nonché delle Società partecipate del Gruppo Intesa Sanpaolo cui le Fonti Istitutive abbiano esteso la possibilità di adesione al "Fondo Sanitario".

E' possibile reperire copia dello Statuto aggiornato con le relative Appendici, degli accordi in particolare 2 ottobre 2010, delle disposizioni attuative e dell'accordo 5 novembre 2021, nonché tutta la

normativa di riferimento inclusi il “Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in servizio”, il “Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in quiescenza” e la documentazione relativa alle Polizze sul sito internet del “Fondo Sanitario”, www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it, con accesso anche dal portale #PEOPLE > “Servizi alla Persona e Welfare” > “Fondo Sanitario integrativo”.

1. 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, anche in caso di perdita dell’autosufficienza.

Al Fondo è fatto divieto di distribuire, anche in forma indiretta, utili o avanzi di gestione durante la vita dell’associazione.

Il “Fondo Sanitario” presuppone:

- l’essenziale apporto dei contributi dell’Azienda/Committente 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).

Non sono, in nessun caso, ammesse soluzioni di continuità nell’iscrizione al “Fondo Sanitario”, fatta eccezione per gli “agenti”, che possono nuovamente iscriversi, nei termini statutariamente previsti, alla Gestione mista laddove diventino nuovamente titolari di un contratto di agenzia per almeno sei mesi continuativi.

Nell’ambito del “Fondo Sanitario”, ferma restando l’unitaria rappresentazione del resoconto contabile, sono presenti diverse Gestioni, cioè separate ed autonome evidenze contabili, con equilibrio annuale autonomo dell’andamento degli apporti contributivi e degli esborsi per prestazioni e polizze assicurative di pertinenza rispettivamente della “Gestione iscritti in servizio” (che include anche il Personale che ha aderito al Fondo di Solidarietà) della “Gestione iscritti in quiescenza”, e della “Gestione mista come specificato al capitolo 5 dello Statuto. Trovano inoltre apposita evidenza gli apporti e gli esborsi di pertinenza della “Gestione Fondo Protezione”, cui è attribuita una specifica quota di patrimonio come definito dall’articolo 2 dello Statuto e alla quale confluiscono gli apporti contributivi datoriali e degli iscritti.

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

- riversamento alla “Gestione iscritti in quiescenza”, all’inizio di ogni esercizio di una percentuale pari al 6% del totale delle contribuzioni annue della “Gestione iscritti in servizio” (escluso quanto pagato sia dall’Azienda che dai dipendenti per la polizza di cui all’Appendice 2 e all’Appendice 3) 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. A partire dall’anno 2021, in caso di incapienza dell’avanzo di gestione degli iscritti in servizio, per garantire il contributo di solidarietà come sopra determinato nella misura del 6%, si potrà attingere al patrimonio della “Gestione iscritti in servizio”, entro un tetto massimo

non superabile nel tempo di 12 milioni di euro, calcolato come sommatoria degli utilizzi nel corso degli anni;

- trasferimento dal patrimonio della “Gestione iscritti in servizio” alla “Gestione iscritti in quiescenza”, di un importo determinato rapportando il totale del patrimonio della “Gestione 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 alla pensione, chiedono di mantenere l’iscrizione alla “Gestione iscritti in quiescenza” a partire dal 1° gennaio dell’anno di riferimento;
- riversamento alla “Gestione Fondo Protezione” di un importo pari al 50% di quello determinato rapportando il totale del patrimonio della “Gestione 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 alla pensione, chiedono di mantenere l’iscrizione alla “Gestione mista” a partire dal 1° gennaio dell’anno di riferimento ed al versamento del restante 50% alla “Gestione iscritti in quiescenza”.

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, attingendo al patrimonio di pertinenza della gestione interessata, nel limite del 15%. Qualora attuato quanto precede, 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 gestione/i interessata/e dal disavanzo secondo il criterio di addebito proporzionale alle contribuzioni versate.

L’utilizzo del patrimonio nel limite previsto dal punto che precede potrà avvenire per non oltre due esercizi consecutivi.

2. ISCRIZIONI

2.1 NUOVE ISCRIZIONI

- **NEO ASSUNTI**

L’iscrizione al “Fondo Sanitario” avviene in automatico dalla data di assunzione per tutti i nuovi assunti, presso le Aziende indicate in premessa e presso le Fondazioni bancarie da cui siano originate Società del Gruppo che detengono partecipazioni nel Gruppo medesimo nonché presso le società/enti strumentali delle stesse per i quali siano stati sottoscritti accordi di adesione ovvero formalizzate richieste di adesione, 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 deve essere effettuato con la specifica applicazione on line disponibile nell’”area iscritto” di riferimento presente nel sito internet del “Fondo Sanitario”.

È fatta salva la facoltà di recesso da esercitarsi in via definitiva e irrevocabile, tramite procedura online ovvero 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 determinato il diritto all’iscrizione medesima, a valere retroattivamente dalla medesima data.

L'“iscritto in servizio” può 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.

- **PERSONALE DI NUOVE SOCIETA' DEL GRUPPO**

Sono parimenti iscritti al “Fondo Sanitario” i dipendenti di nuove Società entrate nel Gruppo, aventi sede in Italia, ovvero di Società del Gruppo non ricomprese nell'elenco in premessa nonché di Fondazioni e di società/enti strumentali delle stesse che facciano richiesta di adesione, con iscrizione al Fondo stesso sin dalla data di ingresso nel Gruppo ovvero dalla data di richiesta di ingresso e applicazione del complessivo ordinamento statutario con fruizione delle prestazioni mediante la copertura sanitaria tramite polizza definita nell'Appendice 2 (allegato 4), per un periodo di tre anni, (cd. “periodo di ingresso”) fatte salve diverse determinazioni delle Fonti Istitutive.

A decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza del cd. “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).

- **TITOLARI DI CONTRATTI DI AGENZIA O DI MEDIAZIONE**

L'iscrizione al “Fondo Sanitario”, nella “Gestione mista”, avviene su richiesta degli agenti (titolari di contratti di agenzia o di mediazione instaurati, come monomandatari, con aziende del Gruppo Intesa Sanpaolo da almeno 6 mesi continuativi), con le modalità e tempistiche stabilite dalle Fonti Istitutive.

L'iscrizione può essere perfezionata una volta compiuti sei mesi continuativi di contratto di agenzia o mediazione.

L'“agente” può 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.

- **PERSONALE DESTINATARIO DELL'ASSEGNO STRAORDINARIO DEL FONDO DI SOLIDARIETA'**

Gli iscritti che fruiscono dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà di settore, a condizione che confermino l'iscrizione alla Gestione iscritti in quiescenza e salvo diverse disposizioni contenute nelle intese delle Fonti Istitutive, sono destinatari delle prestazioni previste per gli iscritti in servizio sino al 31 dicembre dell'anno in cui maturano il diritto alla pensione.

- **PERSONALE IN QUIESCENZA**

Possono mantenere l'iscrizione al “Fondo Sanitario” dietro specifica istanza, gli “iscritti in servizio” o gli “agenti” che abbiano assolto all'obbligo contributivo per almeno cinque anni⁽¹⁾, ove rispettivamente cessino dal rapporto di lavoro con diritto a trattamento pensionistico o il diritto al pensionamento intervenga nel corso del rapporto di lavoro autonomo ovvero, indipendentemente dall'anzianità contributiva, il Personale o l'agente iscritto al “Fondo Sanitario” con diritto a trattamento pensionistico di inabilità a carico dell'Assicurazione Generale Obbligatoria.

(1) Per gli iscritti al “Fondo Sanitario” che hanno maturato, dal 1° gennaio 2011 al 31 dicembre 2015 il diritto al trattamento pensionistico, è stato 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. Analoga deroga alla contribuzione minima di cinque anni è stata prevista per il personale già di Banca Monte Parma, ai sensi dell'accordo 20 maggio 2015 e per il Personale già del Gruppo Banche Venete ai sensi dell'accordo 15 novembre 2017.

Detta istanza deve essere esercitata entro la fine del quarto mese successivo a quello del pensionamento.

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

Per il personale che cessi dal rapporto di lavoro con diritto al trattamento pensionistico e che richieda il mantenimento dell'iscrizione rispettivamente alla "Gestione iscritti in quiescenza" ed alla "Gestione mista", la qualifica di "iscritto in servizio" è mantenuta sino al 31 dicembre dell'anno in cui viene maturato il diritto alla pensione, con pagamento della relativa contribuzione prevista per tale tipologia di iscritti.

L'iscritto alla "Gestione iscritti in quiescenza" ovvero l'iscritto alla "Gestione mista" titolare di trattamento pensionistico 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", ovvero di adesione alla "Gestione mista", con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente, senza possibilità di successiva reinscrizione al "Fondo Sanitario".

L'iscritto alla "Gestione iscritti in quiescenza" inoltre può revocare l'iscrizione, con le medesime modalità, 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".

Gli "iscritti in servizio" che all'atto del pensionamento abbiano mantenuto l'iscrizione optando per la "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, a condizione che alla data del rientro non abbiano compiuto i 75 anni di età.

Gli iscritti alla "Gestione iscritti in quiescenza" che abbiano richiesto l'iscrizione alla "Gestione mista" entro il 28 febbraio 2022 (con decorrenza delle prestazioni di polizza dal 1° gennaio 2022), 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, a condizione che alla data del rientro non abbiano compiuto i 75 anni di età.

Gli iscritti sottoindicati, 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, per un periodo di tre anni, delle prestazioni tramite polizza di cui all'Appendice 2:

- 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 all'art. 33 dello Statuto;
- gli "iscritti in servizio" che hanno richiesto il mantenimento dell'iscrizione alla "Gestione mista" all'atto del pensionamento.

La facoltà di cui sopra 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 del 75° anno di età.

- **PERSONALE PROVENIENTE DALL'EX GRUPPO UBI**

- A. PERSONALE DESTINATARIO DELLE PRESTAZIONI TRAMITE POLIZZA ASSICURATIVA**

Il personale in servizio e i fruitori di assegno straordinario del Fondo di Solidarietà destinatari nel corso del 2021 delle prestazioni di assistenza sanitaria per il tramite di polizza assicurativa (CARGEAS) ed aventi al 1° gennaio 2022 i requisiti per l'iscrizione, sono iscritti da tale data al "Fondo Sanitario" con fruizione delle prestazioni di cui all'Appendice 2 dello Statuto per due anni con pagamento del relativo contributo di ingresso previsto dall'art. 33.

Parimenti, il personale in quiescenza destinatario nel corso del 2021 delle prestazioni per il tramite della polizza CARGEAS ed avente al 1° gennaio 2022 i requisiti per l'iscrizione può richiedere a decorrere da tale data l'iscrizione al "Fondo Sanitario" con facoltà di estendere la copertura ai familiari secondo le previsioni dell'art. 5 dello Statuto e con fruizione delle prestazioni di cui all'Appendice 2 per due anni, con pagamento, oltre alla contribuzione prevista per la polizza, anche del relativo contributo di ingresso nella misura dello 0,50% della pensione AGO per sé e dello 0,05% della stessa per ogni familiare a carico (con un massimo dello 0,15%).

Il personale in quiescenza ex Banca Popolare di Ancona ed il personale in quiescenza iscritto al Fondo B.R.E. Banca - o che pur non essendo iscritto a tale Fondo abbia beneficiato delle coperture di assistenza sanitaria per il suo tramite - destinatario nel corso del 2021 delle prestazioni di assistenza sanitaria per il tramite di polizza assicurativa, in possesso dei requisiti per l'iscrizione, può richiedere l'iscrizione al "Fondo Sanitario" con facoltà di estendere la copertura ai familiari, secondo le previsioni dell'art. 5 dello Statuto; la fruizione delle prestazioni è prevista per quattro anni mediante le modalità definite all'Appendice 2 con pagamento, oltre alla contribuzione prevista per la polizza, anche del contributo di ingresso nella misura dello 0,50% della pensione AGO per sé e dello 0,05% della stessa per ogni familiare a carico (con un massimo dello 0,15%).

Le condizioni della polizza assicurativa, di cui all'Appendice 2 dello Statuto, sono estese agli iscritti ed ai relativi coniugi indipendentemente dall'età degli stessi, in coerenza con la complessiva normativa statutaria.

- B. PERSONALE DESTINATARIO DELLE PRESTAZIONI DEL FONDO DI ASSISTENZA DI SOCIETA' DEL GRUPPO UBI BANCA**

Gli iscritti al Fondo di Assistenza di Società del Gruppo UBI Banca dipendenti in servizio al 1° gennaio 2022 presso società del Gruppo ISP e gli iscritti fruitori di assegno straordinario del Fondo di Solidarietà, ovvero gli iscritti in quiescenza a tale Fondo Assistenza, sono iscritti da tale data al "Fondo Sanitario" con fruizione delle coperture di assistenza sanitaria previste dai rispettivi "Regolamenti", con facoltà di estendere la copertura ai familiari secondo le previsioni dell'art. 5 dello Statuto.

- C. PERSONALE DESTINATARIO DELLE PRESTAZIONI DELL'ASSOCIAZIONE PER L'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA AI LAVORATORI DELLA BANCA MARCHE**

Gli iscritti all'Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa ai lavoratori della Banca delle Marche dipendenti in servizio al 1° gennaio 2022 presso società del Gruppo ISP e i fruitori di assegno straordinario del Fondo di Solidarietà sono iscritti da tale data al "Fondo Sanitario", con fruizione delle coperture di assistenza sanitaria di cui "Regolamento delle prestazioni per

gli iscritti in servizio” e facoltà di estendere la copertura ai familiari secondo le previsioni dell’art. 5 dello Statuto.

Le previsioni di cui ai due precedenti punti trovano applicazione anche nei confronti del personale destinatario dell’Accordo 28 novembre 2019 sottoscritto da UBI Banca e UBI Sistemi e Servizi e relativo alla cessione di attività e risorse a BCube Service SRL in servizio al 1° gennaio 2022 presso la medesima società e destinatario nel corso del 2021 delle prestazioni sanitarie del personale ex UBI.

I pensionati ex UBI destinatari nel corso del 2021 di una delle forme di assistenza sanitaria ex UBI (inclusi coloro che maturano la finestra pensionistica a partire dal 1° gennaio 2022) ovvero di forme di assistenza sanitaria fruita per il tramite del Fondo Pensione B.R.E. Banca e il personale in quiescenza ex Banca Popolare di Ancona destinatario nel corso del 2021 delle prestazioni di assistenza sanitaria per il tramite di polizza assicurativa, hanno avuto altresì facoltà di iscriversi alla “Gestione mista” entro il termine del 30 giugno 2022.

• **DEROGHE STRAORDINARIE EX ACCORDO 5 NOVEMBRE 2021**

Al fine di consentire, in via straordinaria ed eccezionale, l’iscrizione al “Fondo Sanitario” da parte del personale in servizio (compreso quello di provenienza ex UBI) alla data del 1° gennaio 2022 non ancora iscritto al “Fondo Sanitario” o alle forme di assistenza sanitaria ex UBI, è stata prevista la facoltà di richiedere entro il 31 dicembre 2021 l’iscrizione per sé e l’estensione delle prestazioni per gli eventuali familiari rientranti nelle previsioni statutarie, alle condizioni di seguito elencate:

- iscrizione al “Fondo Sanitario” dal 1° gennaio 2022;
- pagamento di un’intera annualità di contribuzione a carico dell’iscritto dovuta per sé e per gli eventuali familiari ai sensi delle disposizioni statutarie, oltre all’intera quota percentuale prevista a titolo di “contributo di ingresso” nell’accordo 2 ottobre 2010, senza fruizione delle prestazioni;
- possibilità di beneficiare delle prestazioni di cui all’Appendice 2 dello Statuto, a decorrere dal 1° gennaio 2023, per un periodo di due anni, nel corso del quale l’Azienda verserà il contributo a proprio carico e l’iscritto continuerà a corrispondere il “contributo di ingresso” per sé e per i familiari a carico, oltre a quanto previsto per i familiari non a carico.

In via del tutto eccezionale inoltre è stato previsto per il personale che cesserà dal servizio con diritto a trattamento pensionistico successivamente al 1° gennaio 2022 e che non scelga di iscriversi alla “Gestione mista”, la possibilità di mantenere l’iscrizione al “Fondo Sanitario” anche nel caso in cui non siano trascorsi i previsti cinque anni minimi di obblighi contributivi.

2.2 ISCRIZIONI IN ESSERE A PARTIRE DAL 1° GENNAIO 2011

Dal momento della costituzione, 1° gennaio 2011, sono iscritti al “Fondo Sanitario”: tutti i dipendenti ed i quiescenti delle Società del Gruppo nonché delle Fondazioni bancarie da cui siano originate Società del Gruppo che detengono partecipazioni nel Gruppo medesimo 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, o ancora abbiano usufruito delle prestazioni indicate a seguito del cosiddetto “periodo di ingresso”.

2.3 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 o unito civilmente in assenza di scioglimento del vincolo;
- i figli (anche se adottati, in affidamento preadottivo o permanentemente inabili al lavoro) ovvero i minori in affidamento temporaneo al nucleo familiare da almeno 24 mesi;
- 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.

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

L'estensione delle prestazioni del “Fondo Sanitario” a favore degli altri familiari fiscalmente a carico, oltre ad essere subordinata all'iscrizione del coniuge o unito civilmente in assenza di scioglimento del vincolo e figli a carico, ovvero dei minori in affidamento temporaneo, deve riguardare la totalità degli stessi familiari fiscalmente a carico, così come risultante dallo stato di famiglia anagrafico dell'iscritto o da autocertificazione nei termini di legge; 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 (anche di fatto) o unito civilmente.

È 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 o unito civilmente in assenza di scioglimento del vincolo;
- il coniuge di fatto;
- i figli, anche se adottati o in affidamento preadottivo purché conviventi con uno dei genitori ovvero minori in affidamento temporaneo al nucleo familiare da almeno 24 mesi, purché conviventi con uno degli affidatari;
- i figli, anche se adottati o in affidamento preadottivo ovvero minori in affidamento temporaneo al nucleo familiare da almeno 24 mesi, 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.

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 o da autocertificazione nei termini di legge 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 o ad autocertificazione nei termini di legge che comprovino la sussistenza della convivenza.

Le previsioni di cui sopra sono derogate in favore del coniuge (anche di fatto) o dell'unito civilmente.

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

L'iscrizione può essere altresì mantenuta nella "Gestione iscritti quiescenza" e nella "Gestione mista", dietro specifica istanza, anche da parte dei beneficiari degli iscritti deceduti, iscritti alla Gestione iscritti in quiescenza ovvero alla Gestione iscritti in servizio, se destinatari di un trattamento pensionistico di reversibilità o indiretto. Detta istanza deve essere esercitata entro il termine del quarto mese successivo a quello della 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.

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, lo scioglimento del vincolo o il divorzio, il venir meno della convivenza anagrafica, la variazione del carico fiscale.

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.

2.4 SEGNALAZIONI

Si precisa che:

- ogni iscritto ha l'obbligo di segnalare tempestivamente al "Fondo Sanitario" ogni variazione del proprio stato di famiglia e della situazione dei carichi fiscali;
- 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° anno di età. A partire dal 1° gennaio dell'anno successivo al compimento del 24° 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° 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.

- 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 "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 o all'autocertificazione nei termini di legge che comprovino la sussistenza della convivenza. 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 dell'unito civilmente e dei figli ovvero dei minori in affidamento temporaneo al nucleo familiare da almeno 24 mesi, se 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 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;
- 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.

2.5 CESSAZIONI

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;
- al compimento del limite di età stabilito nella copertura sanitaria tempo per tempo prevista, per gli iscritti alla Gestione mista;

- per esercizio della facoltà di revoca e di rinuncia, ai sensi delle disposizioni Statutarie;
- per 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 ovvero degli agenti per cui intervenga il diritto al pensionamento nel corso del rapporto di lavoro autonomo, nonché da parte dei beneficiari di iscritti deceduti, se destinatari di un trattamento pensionistico di reversibilità o indiretto;
- per compimento di gravi irregolarità nei confronti del "Fondo Sanitario", ascrivibili all'iscritto od ai familiari beneficiari delle prestazioni, su iniziativa del Consiglio di Amministrazione;
- per mancata corresponsione del contributo da parte dell'iscritto, anche in favore dei familiari, per un intero anno.

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 della convivenza, ove previsto, a seguito di revoca da parte dell'iscritto;
- a seguito di matrimonio/unione di fatto/unione civile del familiare beneficiario fiscalmente non carico, ovvero del figlio fiscalmente a carico se non convivente con uno dei genitori;
- al compimento della maggiore età per i minori in affidamento temporaneo al nucleo familiare;
- 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".

2.6 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).

Ove siano accertati abusi da parte degli iscritti, questi ultimi sono tenuti al rimborso di quanto percepito, fatti salvi gli interventi previsti dallo Statuto ed eventuali comunicazioni all'Autorità Giudiziaria.

È inoltre facoltà dei competenti organismi del "Fondo Sanitario" deliberare a carico dell'iscritto nei cui confronti vengano accertate gravi irregolarità la sospensione del beneficio delle prestazioni del "Fondo" medesimo per un periodo di tempo variabile in relazione all'entità dei fatti accertati, con mantenimento

delle contribuzioni e proporzionando eventualmente i massimali contemplati dai Regolamenti delle prestazioni 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.

L'adozione dei provvedimenti deve essere preceduta da contestazione, per iscritto, degli addebiti, con contestuale sospensione cautelare, in via d'urgenza, dell'iscritto e degli eventuali familiari beneficiari. All'interessato è concesso un termine, non inferiore a 15 giorni, per presentare eventuali giustificazioni scritte. Trascorso tale termine, il Consiglio di Amministrazione, nella prima adunanza utile, procede alla determinazione del provvedimento, anche qualora l'interessato non abbia fatto pervenire giustificazioni.

3. CONTRIBUTIONI

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

- **Iscritti alla “Gestione 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 o destinatario dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà, nella misura tempo per tempo disposta dalle fonti collettive e annualmente rivalutata (con riferimento all'anno 2023 € 1.156,91). Tale importo è incrementato, al netto della rivalutazione annuale, di € 20,00 a partire dal 1° gennaio 2024.

A carico degli iscritti

- 1,00 % per sé;
- 0,10 % per ogni familiare a carico (sino ad un massimo dello 0,30%);
- 1,00 % per ogni familiare non a carico
- 1,10 % per ogni familiare non a carico (a decorrere dal 1° gennaio 2024)

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 2023, ad € 126.043,44. 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 al 31 dicembre dell'anno precedente.

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 è determinata, in questo caso, con riferimento all'ultima retribuzione imponibile INPS percepita in servizio.

- **Iscritti alla “Gestione iscritti in quiescenza” che fruiscano di prestazioni erogate direttamente dal “Fondo Sanitario”**

A carico degli iscritti in quiescenza

- 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) e rivalutate secondo la normativa tempo per tempo vigente.

Il limite pari a € 126.043,44 per l’anno 2023 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 al 31 dicembre dell’anno precedente.

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.⁽²⁾

- **Iscritti che fruiscano di prestazioni per il tramite di Polizza Sanitaria (Appendice 2)**

A carico del datore di lavoro

L’Azienda provvederà al pagamento del contributo a carico del datore di lavoro, a copertura dell’iscritto in servizio o destinatario dell’assegno straordinario del Fondo di Solidarietà e dei suoi familiari a carico.

A carico degli iscritti

Gli iscritti corrisponderanno quanto previsto a loro onere per i familiari non a carico e per sé, in caso di iscritti in quiescenza, oltre ad un importo, a titolo di “contributo di ingresso”, pari al 50% della quota variabile 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 degli iscritti al “Fondo Sanitario” che fruiscono delle prestazioni erogate direttamente dal “Fondo Sanitario” medesimo.

- **Iscritti alla “Gestione Mista”**

Per gli iscritti alla gestione mista il premio annuale della polizza a loro carico ha un costo massimo pari a 500 euro oltre agli importi relativi alla copertura di eventuali familiari non a carico.

L’Azienda provvederà per gli “agenti” al pagamento del premio annuale previsto per la polizza stessa sino all’importo di 205 euro pro-capite.

(2) Con riferimento ai punti che precedono 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 in caso di mantenimento dell’iscrizione al “Fondo Sanitario”. Analoga previsione 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”. 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.

- **Gestione “Fondo Protezione”**

La Gestione denominata “Fondo Protezione” ha una dotazione iniziale costituita da:

- un importo *una tantum* di 2 milioni di euro riversato da Intesa San Paolo al “Fondo Sanitario”;
- una quota *una tantum* pari al 5% del patrimonio di pertinenza della “Gestione iscritti in servizio” rilevato al 31.12.2021;
- una quota *una tantum* pari al 5% del patrimonio di pertinenza della “Gestione iscritti in quiescenza” rilevato al 31.12.2021;
- il valore corrispondente all'importo residuo già destinato al finanziamento delle campagne di prevenzione risultante dal bilancio al 31.12.2021.

La Gestione è alimentata con i seguenti contributi annuali:

A carico del datore di lavoro

- € 20,00 per ogni dipendente in servizio e per i destinatari dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà iscritto al Fondo se destinatari della copertura LTC prevista dal CCNL di categoria, incrementati dal 1° gennaio 2024 a € 30,00 complessivi;
- € 30,00 per ogni iscritto in servizio e per coloro che siano destinatari dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà non destinatario delle coperture LTC prevista dal citato CCNL.

A carico degli iscritti

- € 10,00 a carico di ciascun iscritto in servizio/in quiescenza/destinatario dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà già coperto dalla LTC prevista dal CCNL di categoria;
- € 30,00 a carico di ciascun iscritto non coperto dalla LTC prevista dal CCNL e € 30,00 per l'eventuale coniuge/unito civilmente/convivente di fatto reso beneficiario.

Con riferimento a tutto quanto precede, si evidenzia che:

- 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 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 ove optino per il mantenimento dell'iscrizione;
- decorsi almeno tre anni completi di permanenza nella “Gestione mista”, entro il 31 dicembre del terzo anno o di ogni anno successivo, possono chiedere di essere iscritti alla “Gestione iscritti in

quiescenza”: 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; gli “iscritti in servizio” che hanno richiesto il mantenimento dell’iscrizione alla “Gestione mista” all’atto del pensionamento.

A far tempo dal 1° gennaio dell’anno successivo alla richiesta, fruiranno delle prestazioni di cui all’Appendice 2 per un periodo di tre anni con pagamento del premio di polizza nonché quello per gli eventuali familiari non a carico resi beneficiari e corrisponderanno 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 all’art. 33 dello Statuto ovvero dalla Gestione iscritti in servizio con richiesta di mantenimento dell’iscrizione alla Gestione mista all’atto del pensionamento.

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.

3.1 MODALITA’ DI ADDEBITO DELLE CONTRIBUTIONI

I contributi a carico degli iscritti alla “Gestione 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 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. 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, il relativo obbligo contributivo viene meno dal mese successivo a quello in cui si è verificato l’evento.

In caso di perdita dei requisiti da parte dei familiari beneficiari, 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.

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 di iscrizione.

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

Le contribuzioni a carico degli iscritti alla "Gestione mista" nonché quelle per gli eventuali familiari resi beneficiari sono addebitate in unica soluzione sul conto corrente dell'iscritto in via anticipata.

4. PRESTAZIONI

Agli iscritti alla "Gestione iscritti in servizio" (personale in servizio e i fruitori di assegno straordinario del Fondo di Solidarietà) e della "Gestione iscritti in quiescenza", il "Fondo Sanitario" eroga 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.

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 sè 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, in misura pari al 50% di quanto spettante in applicazione del Regolamento delle prestazioni di pertinenza.

In corso d'anno il "Fondo Sanitario" opera in modo tale da assicurare agli iscritti parità di trattamento nell'attribuzione delle prestazioni.

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

Il "Fondo Sanitario" riconosce agli Iscritti alla "Gestione mista" (agenti - personale in quiescenza) le prestazioni elencate nell'Appendice 3.

Inoltre, attraverso il "Fondo Protezione" il "Fondo Sanitario" riconosce 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.

Agli ulteriori iscritti che ne facciano richiesta anche a favore dei familiari beneficiari, è assicurata con onere a loro carico la copertura LTC ad adesione volontaria.

4.1 RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI

Le richieste di rimborso relative alle prestazioni erogate direttamente dal “Fondo Sanitario” ai sensi dei Regolamenti delle prestazioni per gli iscritti alla “Gestione iscritti in servizio” e “Gestione iscritti in quiescenza”, dovranno essere inviate al “Fondo Sanitario”.

Le spese sostenute a fronte delle prestazioni di cui ai rispettivi Regolamenti sono liquidate al netto dell’eventuale quota a carico dell’iscritto (franchigie/scoperti).

Le richieste di rimborso relative alle prestazioni erogate dal “Fondo Sanitario” per il tramite di polizze assicurative di cui si renda contraente dovranno essere inviate secondo le modalità indicate nelle polizze stesse.

4.2 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 per la quota di disponibilità residuale 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 è applicato il cambio ufficiale alla data di liquidazione della prestazione.

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

5. 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 2023 € 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).

6. SITO INTERNET

Le informazioni sul “Fondo Sanitario”, con specifico riguardo a Statuto, Regolamenti delle prestazioni, circolari, modulistica, strutture convenzionate, nonché ogni altra informazione afferente l’associazione e le funzionalità relative a richieste di rimborso ed aggiornamento del nucleo beneficiario accessibili dall’area iscritto, sono disponibili sulla pagina dedicata di #PEOPLE e relativa all’indirizzo <http://www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it>.

Tale documentazione è presente anche presso la sede legale del “Fondo Sanitario”

Allegati:

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