

Milano, 19 novembre 2021

AGLI ISCRITTI

Circolare n. 2/2021

Oggetto: interventi definiti dalle Fonti Istitutive con l'Accordo del 5 novembre 2021.

Gentile Iscritta/o,

con la presente desideriamo informarLa che le Fonti Istitutive il 5 novembre 2021 hanno sottoscritto un accordo che comporta modifiche allo Statuto del Fondo e ai Regolamenti delle prestazioni per gli iscritti in servizio e per gli iscritti in quiescenza.

A seguito dell'approvazione dell'Assemblea dei Delegati che si riunirà in sede Straordinaria, troveranno applicazione dal 1° gennaio 2022.

Di seguito si fornisce un riepilogo sintetico degli interventi; gli aspetti applicativi saranno oggetto di successivi approfondimenti ed informative di maggior dettaglio, che verranno progressivamente pubblicati sul portale del Fondo.

Relativamente allo Statuto, l'accordo sopra richiamato ha introdotto le seguenti modifiche:

Costituzione della cosiddetta Gestione Mista

Per volontà delle Fonti Istitutive è stata istituita una nuova gestione, che si affianca alle due già esistenti e che è stata denominata "Gestione Mista" alla quale hanno facoltà di iscriversi:

- i lavoratori autonomi (agenti) operanti nell'ambito delle società che fanno capo alla divisione Banca dei Territori del Gruppo Intesa Sanpaolo
- gli attuali iscritti alla Gestione iscritti in quiescenza del Fondo Sanitario che potranno optare una tantum, entro il 31 dicembre 2021, per il passaggio a questa nuova Gestione
- gli attuali iscritti in servizio, che all'atto del collocamento in quiescenza potranno scegliere se mantenere l'iscrizione al Fondo nella Gestione iscritti in quiescenza ovvero nella Gestione mista. Nel caso venga mantenuta l'iscrizione al Fondo nella Gestione mista, la quota patrimoniale calcolata alla fine di ciascun anno sulla base delle conferme delle iscrizioni alla Gestione iscritti in quiescenza già prevista dallo Statuto, verrà devoluta al 50% alla Gestione iscritti in quiescenza e per l'altra metà al Fondo Protezione, che rappresenta un ulteriore miglioramento dell'assistenza messa a disposizione dal Fondo Sanitario agli iscritti e ai loro familiari, come meglio illustrato in successivo paragrafo
- i pensionati beneficiari nel 2021 di una copertura sanitaria già in essere nel perimetro ex UBI, compresi quelli che matureranno la finestra pensionistica da 1.1.2022 (con opzione da esercitarsi entro il 30.4.2022)
- in fase di costituzione del nucleo reversibile, la facoltà di passaggio alla gestione mista è riconosciuta anche agli eredi di un iscritto alla Gestione iscritti in servizio o alla Gestione iscritti in quiescenza deceduto.

La copertura sanitaria sarà fornita agli iscritti di questa gestione di nuova costituzione tramite polizza sanitaria che, in particolare per i pensionati, prevederà la copertura dei grandi rischi e delle terapie oncologiche. La copertura della polizza non sarà attivabile al superamento dell'80° anno di età, né sarà più operativa per gli assistiti di questa gestione al superamento della medesima età.

Il costo massimo della polizza che sarà definito a seguito della procedura di gara avviata dal Consiglio di Amministrazione del Fondo è stabilito in 500 € annui.

Per gli iscritti in quiescenza che aderiscono alla Gestione Mista è stata anche prevista la possibilità di successivo rientro alla Gestione iscritti in quiescenza a prestazioni dirette, decorsi almeno tre anni di permanenza nella Gestione Mista, con opzione da esercitarsi entro il 31 dicembre del terzo anno ovvero di ogni anno successivo, con effettuazione del percorso di ingresso triennale che prevede la fruizione delle prestazioni tramite polizza assicurativa Appendice 2 e il pagamento del relativo contributo in misura pari allo 0,50% dell'imponibile pensionistico, ridotto allo 0,25% se detto passaggio è avvenuto dalla gestione iscritti in servizio all'atto del pensionamento, anche in fase di percorso di ingresso. Sono esentati dal percorso d'ingresso e dal pagamento del relativo contributo, laddove richiedano il rientro alla Gestione iscritti in quiescenza, gli attuali iscritti a tale gestione che optino per il passaggio alla Gestione Mista entro il 31 dicembre 2021.

Analoga facoltà è riconosciuta anche:

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

La facoltà di rientro nella Gestione iscritti in quiescenza sarà 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 compimento del 75° anno di età.

Costituzione della Gestione Fondo Protezione

La nuova Gestione Fondo Protezione viene costituita con l'obiettivo di garantire le iniziative di prevenzione a beneficio di tutti gli iscritti al Fondo e di consentire l'attivazione delle coperture Long Term Care per i coniugi e per gli iscritti non già coperti dalla LTC prevista dal CCNL del credito.

In particolare, la gestione attiverà i programmi di prevenzione che saranno promossi dal Comitato Scientifico e approvati dal Consiglio di Amministrazione, entro il mese di gennaio 2022.

Il costo delle franchigie e degli eventuali scoperti relativamente agli accertamenti diagnostici e specialistici che saranno effettuati dagli iscritti a tutti le Gestioni del Fondo nell'ambito dei programmi di prevenzione sopra indicati, saranno totalmente a carico di questa gestione.

La nuova gestione Fondo Protezione finanzierà anche le campagne di prevenzione che saranno promosse dal Fondo.

La gestione sarà dotata di un patrimonio iniziale di 2 milioni di euro che verrà accreditato da Intesa Sanpaolo entro il 31 dicembre 2021 e dal riversamento del 3% del patrimonio di

ciascuna delle attuali Gestioni degli iscritti in servizio e degli iscritti in quiescenza, così come rilevato alla medesima data, oltrech  dal valore residuo gi  destinato alle campagne di prevenzione che risulter  dal bilancio al 31.12.2021.

Viene inoltre corrisposto a questa gestione, con cadenza annuale, un importo pari al 50% della quota patrimoniale trasferita dalla gestione iscritti in servizio a fronte di coloro che confermano l'iscrizione da pensionati alla Gestione Mista, mentre il restante 50% viene trasferito alla Gestione degli iscritti in quiescenza.

Alla nuova Gestione Fondo Protezione sar  inoltre corrisposta la contribuzione annuale nelle misure sotto precisate:

- 20 euro a carico Azienda per ciascun dipendente in servizio/esodo iscritto Fondo Sanitario gi  coperto dalla LTC prevista dal CCNL. Detto importo sar  elevato a 30 euro a partire dal 1° gennaio 2024. La Banca inoltre corrisponder  anche una contribuzione di 30 euro per ciascun iscritto al Fondo Sanitario non gi  destinatario della LTC prevista dal CCNL (pensionati ante 1.1.2008; dipendenti delle Fondazioni Bancarie e di altre Societ )
- 10 euro a carico di ciascun iscritto in servizio/esodato/quiescenza gi  coperto dalla LTC prevista dal CCNL
- 30 euro a carico di ciascun iscritto non coperto dall'LTC prevista dal CCNL e 30 euro per l'eventuale coniuge anche di fatto che sar  reso beneficiario

Le Fonti Istitutive si incontreranno entro i primi mesi del 2024 per analizzare gli andamenti della Gestione Fondo Protezione e per verificarne gli utilizzi, cos  da fornire al Consiglio di Amministrazione indicazioni sugli interventi eventualmente necessari o per diverse soluzioni.

Ulteriori modifiche allo Statuto

Lo Statuto del FSI, a seguito dell'accordo tra le Fonti Istitutive, viene inoltre modificato:

- all'art. 2 recependo le normative fiscali per enti non commerciali in tema di divieto di distribuire, anche in forma indiretta, utili o avanzi di gestione nonch  introducendo l'obbligo di devolvere il patrimonio dell'ente ad altra associazione con finalit  analoghe o ai fini di pubblica utilit , in caso di scioglimento del Fondo stesso;
- agli artt. 5 e 6 al fine di introdurre, anche a seguito delle evoluzioni normative intercorse, alcune modifiche in ottica di semplificazione dei processi di verifica dei carichi fiscali dei familiari. In particolare, i figli vengono considerati fiscalmente a carico sino al compimento del 24 anno di et ; a partire dall'anno seguente vengono considerati non fiscalmente a carico salvo comprova da parte degli iscritti da produrre al Fondo entro il 31 ottobre dell'anno successivo a quello del compimento unitamente alla conferma del requisito della convivenza;
- all'art. 18 definendo ulteriori competenze in capo al Consiglio di Amministrazione per migliorare la governance. Sulla base di criteri di affidabilit , esperienza e professionalit  condivisi con Intesa Sanpaolo, al Consiglio di Amministrazione viene attribuita l'individuazione del fornitore cui affidare l'attivit  di service amministrativo per conto del

Fondo. Nel successivo art. 19, viene precisato che l'individuazione da parte del Consiglio di Amministrazione del service amministrativo avverrà a maggioranza qualificata;

- all'art. 25 migliorando i meccanismi di solidarietà tra le gestioni con la previsione che, in caso di incapienza dell'avanzo, il versamento del contributo del 6% dalla Gestione iscritti in servizio alla Gestione iscritti in quiescenza sia assicurato con un ricorso al patrimonio della Gestione degli iscritti in servizio entro un tetto massimo non superabile nel tempo di 12 milioni di euro. Detto importo viene determinato come sommatoria degli eventuali utilizzi che si renderanno necessari nel corso degli anni.

Al medesimo art. 25 viene elevato il ricorso al patrimonio in caso di disavanzo delle gestioni nel limite del 15%, superando la cosiddetta "quota differita" prevista nell'attuale formulazione della norma statutaria. L'utilizzo del patrimonio nel limite sopra indicato potrà avvenire per non oltre due esercizi consecutivi; al riguardo, sin dal primo utilizzo, le Fonti Istitutive dovranno attivare un puntuale monitoraggio degli andamenti delle contribuzioni e delle prestazioni della/e gestione/i interessata/e al fine di individuare per tempo gli interventi necessari e dovuti per il ripristino delle condizioni di equilibrio;

- all'art. 16 viene attribuita all'Assemblea dei Delegati la facoltà di conferire, su proposta motivata del Collegio dei Sindaci, l'incarico di revisione legale dei conti, di stabilirne il compenso e la durata, nonché di revocarlo per giusta causa e di attivare eventuali conseguenti azioni di responsabilità.

Miglioramento delle prestazioni riconosciute agli Iscritti in servizio

L'accordo sottoscritto il 5 novembre interviene per qualificare le prestazioni erogate direttamente dal Fondo e adeguare i relativi massimali di copertura. In particolare, per gli iscritti alla Gestione iscritti in servizio sono state riviste le coperture come di seguito indicato, a decorre da 1.1.2022 salvo quanto diversamente specificato:

- il massimale per ricoveri viene elevato da 150.000 euro a 200.000 euro annui per evento; quello per i Grandi Interventi Chirurgici da 300.000 euro annui per evento a 400.000 euro
- viene introdotto un sotto massimale per la procreazione medico assistita, nella misura di 2.500 euro per ciascun ciclo di cura, prevedendo un massimo di 3 cicli nel periodo di vita fertile dell'assistita
- viene resa definitiva la copertura dei farmaci innovativi, introdotta nel 2016 in via sperimentale. Viene inoltre correlato alla valutazione del Consulente Sanitario anche il riconoscimento dei farmaci chemioterapici, antiretrovirali e di quelli reperibili solo all'estero entro il relativo massimale annuo di 600 euro
- le franchigie per le prestazioni specialistiche, anche di alta diagnostica, fruite in assistenza convenzionata vengono ridotte al 10% con minimo di 15 euro; dal 1° gennaio 2024 l'importo minimo sarà ridotto a 10 euro
- il massimale annuo per la fisioterapia viene elevato da 800 euro a 1.000 euro per nucleo familiare
- il massimale annuo per lenti e occhiali sarà aumentato dagli attuali 450 euro a 600 euro a partire dal 1° gennaio 2024; quello relativo ai nuclei familiari con almeno 5 componenti, alla stessa data, salirà dagli attuali 600 euro a 800 euro annui
- la franchigia sulle cure dentarie fruite in assistenza convenzionata viene ridotta al 25% differenziandola da quella a rimborso che rimane al 30%; il relativo massimale, viene elevato dagli attuali 1.500 euro annui per nucleo familiare a 1.650 euro. Dal 1° gennaio 2024 detto massimale sarà ulteriormente incrementato elevandolo a 1.750 euro. Gli

importi relativi ai massimali per i nuclei familiari con almeno 5 componenti salgono a 2.150 euro dagli attuali 2.000 euro e passeranno a 2.250 euro dal 1° gennaio 2024.

Sempre con riferimento alle cure dentarie è stato previsto un adeguamento dell'anticipo triennale del plafond che attualmente interviene a fronte di una spesa di 6.500 euro. Quest'importo si innalza a 7.100 euro e l'anticipo triennale ne coprirà fino a 4.950; dal 1° gennaio 2024 l'importo della spesa sostenuta viene elevato a 7.500 euro mentre l'anticipo salirà a 5.250 euro. Viene consentita la ripartizione della spesa in tre fatture di anticipo più una quarta di saldo ricadenti in un arco temporale di 12 mesi.

- il massimale per le cure psicoterapiche viene elevato dagli attuali 1.500 euro per nucleo familiare a 1.800 euro
- vengono riconosciuti i ricoveri per lungodegenza, anche effettuati presso case di cura, reparti specialistici di RSA, hospice ed ospedali di comunità nel limite di 40 giorni annui per assistito.

Le prestazioni richieste a rimborso dal 1° gennaio 2022 saranno liquidate in un'unica soluzione, essendo venuta meno l'applicazione della quota differita.

Miglioramento delle prestazioni riconosciute agli Iscritti in quiescenza

L'accordo ha rivisto le prestazioni riconosciute dal Regolamento delle prestazioni per gli iscritti alla Gestione iscritti in quiescenza come di seguito indicato a decorre da 1.1.2022 salvo quanto diversamente specificato:

- il massimale per ricoveri viene elevato da 150.000 euro annui per evento a 200.000 euro; quello per i Grandi Interventi Chirurgici da 300.000 euro annui per evento a 400.000 euro
- viene introdotto un sotto massimale per la procreazione medico assistita, nella misura di 2.500 euro per ciascun ciclo di cura, prevedendo un massimo di 3 cicli nel periodo di vita fertile dell'assistita
- viene resa definitiva la copertura dei farmaci innovativi, introdotta nel 2016 in via sperimentale. Viene inoltre correlato alla valutazione del consulente sanitario anche il riconoscimento dei farmaci chemioterapici, antiretrovirali e di quelli reperibili solo all'estero entro il relativo massimale annuo di 600 euro
- le franchigie per le prestazioni specialistiche, anche di alta diagnostica, fruite in assistenza convenzionata vengono ridotte al 10% con minimo di 15 euro; dal 1° gennaio 2024 l'importo minimo sarà ridotto a 10 euro
- il massimale annuo per la fisioterapia viene elevato da 800 euro a 1.000 euro per nucleo familiare
- il massimale annuo per lenti e occhiali sarà aumentato dagli attuali 250 euro a 400 euro a partire dal 1° gennaio 2024; quello relativo ai nuclei familiari con almeno 5 componenti, alla stessa data, salirà dagli attuali 350 euro a 550 euro annui
- la franchigia sulle cure dentarie fruite in assistenza convenzionata viene ridotta al 25% differenziandola da quella a rimborso che rimane al 30%; il relativo massimale, viene elevato dagli attuali 600 euro annui per nucleo familiare a 700 euro. Dal 1° gennaio 2024 detto massimale sarà ulteriormente incrementato elevandolo a 750 euro. Gli importi relativi ai massimali per i nuclei familiari con almeno 5 componenti salgono a 900 euro dagli attuali 800 euro e passeranno a 1.000 euro dal 1° gennaio 2024.

Sempre con riferimento alle cure dentarie viene introdotto anche per gli iscritti di questa gestione l'anticipo triennale del plafond; a fronte di una spesa di 3.000 euro l'anticipo

triennale ne coprirà fino a 2.100; dal 1° gennaio 2024 l'importo della spesa sostenuta viene elevato a 3.300 euro mentre l'anticipo salirà a 2.250 euro. Viene consentita la ripartizione della spesa in tre fatture di anticipo più una quarta di saldo ricadenti in un arco temporale di 12 mesi.

- il massimale per le cure psicoterapiche viene elevato dagli attuali 1.500 euro per nucleo familiare a 1.800 euro
- vengono riconosciuti i ricoveri per lungodegenza, anche effettuati presso case di cura, reparti specialistici di RSA, hospice ed ospedali di comunità nel limite di 40 giorni annui per assistito.

Le prestazioni richieste a rimborso dal 1° gennaio 2022 saranno liquidate in un'unica soluzione, essendosi superata l'applicazione della quota differita.

Miglioramento delle coperture della polizza sanitaria prevista dall'appendice 2

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo, come previsto dall'accordo, in sede della gara per l'individuazione della copertura sanitaria a supporto delle prestazioni dell'Appendice 2 dello Statuto prevista per iscritti in percorso di ingresso, si adopererà per migliorarne le prestazioni rispetto a quelle dell'attuale polizza sanitaria, con riguardo a:

- massimali dei ricoveri,
- cure dentarie,
- cure oncologiche,
- fisioterapia/psicoterapia,
- mezzi correttivi oculistici.

Modifiche delle contribuzioni

L'accordo ha previsto un aumento delle contribuzioni a carico dei datori di lavoro come di seguito specificato:

- dal 1° gennaio 2022 incremento di 20 euro per ciascun iscritto in servizio o in esodo
- dal 1° gennaio 2024 incremento di ulteriori 20 euro per ciascun iscritto in servizio o in esodo

Detti incrementi si effettueranno a valle della rivalutazione annuale dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo rilevato al 31 dicembre dell'anno precedente.

Il contributo che verrà corrisposto per i familiari non fiscalmente a carico da parte degli iscritti in servizio viene aumentato dal 1° gennaio 2022 dall'attuale 0,90% dell'imponibile all'1,00%; un aumento di egual misura interverrà a partire dal 1° gennaio 2024 portando la quota di contribuzione per i familiari non fiscalmente a carico al 1,10%.

Non sono previsti incrementi contributivi per gli iscritti in quiescenza.

Riapertura dei termini per l'iscrizione al Fondo

Come già previsto nel 2014 e nel 2016, ai colleghi in servizio attualmente non iscritti al Fondo Sanitario per intervenuta revoca volontaria, così come ai non aderenti ad una delle diverse coperture sanitarie del perimetro ex UBI, viene data facoltà di iscriversi al Fondo Sanitario dal 1° gennaio 2022. La relativa richiesta dovrà essere inoltrata entro il 31.12.2021 secondo le istruzioni che sono in corso di diramazione. Agli interessati per il 2022 viene richiesto il pagamento sia del contributo ordinario, sia del contributo di ingresso previsto nella misura del 1,00% per sé e dello 0,10% per eventuali familiari fiscalmente a carico, senza possibilità di fruizione delle prestazioni. A partire dal 1° gennaio 2023, per un periodo di 2 anni, a fronte della corresponsione del solo contributo d'ingresso potranno fruire della copertura assicurativa prevista dall'Appendice 2 dello Statuto.

Iscrizione di dipendenti, esodati e pensionati del perimetro ex UBI

L'accordo sottoscritto dalle Fonti Istitutive, regola inoltre l'iscrizione al Fondo Sanitario dei dipendenti in servizio e in esodo e dei pensionati dell'ex Gruppo Ubi.

Seguiranno le relative indicazioni operative.

Cordiali saluti.

Il Direttore
Mario Bernardinelli