

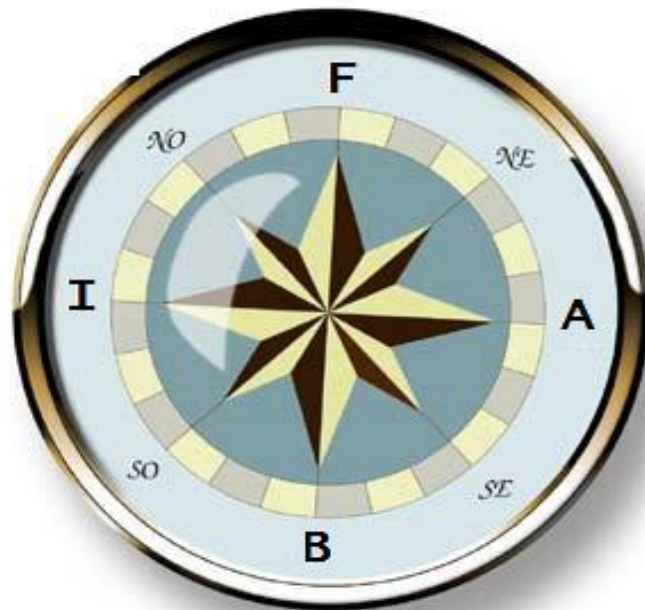
La Bussola



INTESA  SANPAOLO

# LA BUSSOLA

FONDO SANITARIO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO  
DECORRENZA 1° GENNAIO 2014



INTESA  SANPAOLO

## FONDO SANITARIO DI GRUPPO INTESA SANPAOLO

Il Fondo Sanitario integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo è operativo dal 1° gennaio 2011, in attuazione dell'accordo collettivo del 2 ottobre 2010, al quale sono seguiti ulteriori accordi nel 2012 e 2013 ed in particolare l'accordo del 19/9/2013: quest'ultimo, con decorrenza 1° gennaio 2014, ha ridefinito i testi dello Statuto e dei Regolamenti per gli Iscritti in Servizio e per gli Iscritti in Quiescenza.

Gli Accordi sottoscritti confermano l'impianto normativo delle fonti istitutive fondato sui principi di solidarietà, mutualità e universalità e il progressivo inserimento dei lavoratori delle società del Gruppo, superando le diseguaglianze sanitarie ancora presenti, così come stabilito dalle fonti istitutive negli accordi sottoscritti nel 2010.

La conferma del principio di solidarietà e mutualità tra dipendenti in servizio e pensionati è una risposta concreta all'innalzamento dell'attesa di vita e dei tempi di vecchiaia che interessa anche i dipendenti in servizio per gli effetti della Riforma Pensioni dicembre 2011.

La solidarietà tra le generazioni è confermato con l'aumento del contributo di solidarietà dei dipendenti in servizio che passa dal 1 gennaio 2014 al 6% delle contribuzioni.

I dati e le proiezioni su queste tendenze di medio/lungo periodo comportano una solidarietà sostenibile tra la Gestione Attivi e Pensionati per garantire nel tempo agli associati maggiori esigenze sanitarie e di cure, tenendo anche conto dell'arretramento della Sanità Pubblica che colpisce lavoratori, pensionati e le loro famiglie.

### NORME STATUTARIE relative ai beneficiari del Fondo

Iscritti in servizio: tutti coloro che vengono iscritti al "Fondo Sanitario", in quanto dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato o di apprendistato professionalizzante.

Iscritti in quiescenza: dipendenti che cessino il rapporto di lavoro, con diritto a trattamento pensionistico che richiedano di mantenere l'iscrizione alla sezione iscritti in quiescenza.

Familiari fiscalmente a carico:

- Coniuge in assenza di separazione legale
- Figli (anche adottati, in affidamento preadottivo, o inabili al lavoro in modo permanente)
- Altri familiari (parenti in linea retta o collaterale – genitori, nonni, nipoti ex figlio, fratelli) di età non superiore a 80 anni e conviventi, come da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto.

Si intendono fiscalmente a carico: i soggetti di cui sopra che abbiano un reddito inferiore ai limiti previsti dalla legge, per i quali l'iscritto goda dei benefici previsti, anche in quota parte.

Per gli ALTRI FAMILIARI fiscalmente a carico il diritto di iscrizione è esercitabile per la totalità del nucleo familiare come da stato di famiglia anagrafico.

Familiari non fiscalmente a carico:

- Coniuge in assenza di separazione legale
- Coniuge di fatto
- Figli anche adottati e/o in affidamento preadottivo purchè conviventi con uno dei genitori



- Figli anche adottati e/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, come da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto (che abbiano almeno un anno di convivenza).

I familiari non fiscalmente a carico sono iscrivibili se:

- sono stati iscritti tutti i familiari fiscalmente a carico
- se facenti parte del nucleo familiare comprovato con stato di famiglia anagrafico (UNICA ECCEZIONE IL CONIUGE ANCHE DI FATTO).

Possono essere esclusi a richiesta i soli fruitori di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa.

La precedente normativa è identica per gli iscritti in servizio e gli iscritti in quiescenza.

Agli iscritti è fatto obbligo di segnalare al Fondo Sanitario ogni variazione del proprio stato di famiglia e/o della situazione dei carichi fiscali, entro 4 mesi dal verificarsi dell'evento.

## SCADENZE e REVOCHE

- L'iscritto in servizio può revocare l'iscrizione, in via definitiva e irrevocabile, con raccomandata al Fondo a partire dal settimo anno successivo all'iscrizione, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente.
- I dipendenti iscritti al fondo che cessino dal rapporto di lavoro con diritto a pensione possono mantenere l'iscrizione al Fondo purché abbiano almeno 5 anni di contribuzione al fondo stesso.
- Gli eventuali superstiti di iscritti deceduti possono mantenere l'iscrizione al fondo purché destinatari di trattamento pensionistico di reversibilità o indiretto.
- Al raggiungimento dello status di "iscritto in quiescenza" l'avente diritto deve formalizzare, entro 4 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro, la volontà di prosecuzione dell'iscrizione al fondo. Analogamente questo deve avvenire per i superstiti, in caso di decesso dell'avente diritto.
- L'iscritto in quiescenza può revocare la sua iscrizione dal 31 dicembre del terzo anno successivo alla cessazione del rapporto di lavoro con effetto dal primo gennaio successivo, oppure entro il 31 dicembre dell'anno in cui siano previsti aumenti contributivi a carico dell'iscritto stesso superiori al 10% su base annua, con effetto sempre dal 1° gennaio successivo.

## PERDITA DELLA QUALIFICA DI ISCRITTO

La qualifica di iscritto viene meno:

- In caso di cessazione del rapporto di lavoro senza diritto a trattamento pensionistico.
- Per esercizio della facoltà di revoca previste dallo statuto (vedi capitolo precedente).
- Per mancata iscrizione nei tempi previsti dallo statuto.
- Per compimento di irregolarità gravi nei confronti del fondo ( su iniziativa del Consiglio di Amministrazione).
- Per mancata corresponsione del contributo da parte dell'iscritto, per sé o per i familiari iscritti, per oltre un anno.

La qualifica di familiare beneficiario viene meno:

- In caso di perdita della qualifica di iscritto da parte del dipendente per qualsivoglia motivo.
- Dalla data di fruizione di analoga copertura sanitaria derivante da contrattazione collettiva o di categoria a seguito di revoca dell'iscritto.
- In caso di perdita dei requisiti necessari per i familiari beneficiari; pertanto devono essere comunicati tempestivamente al Fondo Sanitario i casi di decesso o la perdita dei requisiti da parte dei familiari, quali ad esempio la separazione legale o il divorzio, la variazione del carico fiscale, il termine della convivenza anagrafica.
- In caso di matrimonio/unione di fatto di eventuali familiari conviventi. Unica eccezione i figli che restino anche successivamente a matrimonio/unione di fatto fiscalmente a carico e conviventi

## CONTRIBUZIONE dal 1° gennaio 2014

La quota aziendale a carico di Intesa Sanpaolo è fissa e disposta dagli accordi aziendali.

Essa è attualmente pari a € 951,30 (anno 2013), con rivalutazione Istat annuale.

Beneficiari	Contribuzione dell'iscritto per se stesso	Con familiari a carico		Con familiari NON a carico
		Contribuzione aggiuntiva per ogni componente	Tetto massimo di contribuzione (indipendentemente dal numero dei componenti)	Contribuzione aggiuntiva per ogni componente
Tutto il personale in servizio nel gruppo ed esodati	1% su imponibile Inps	+ 0,10%	0,30	0,90%
Personale in quiescenza	3% su pensione AGO	+ 0,25%	0,75	1,50%

## PRESTAZIONI

### PRESTAZIONI OSPEDALIERE – principi generali

Ricovero in Istituto di Cura per infortunio/malattia (con o senza intervento chirurgico), per intervento chirurgico ambulatoriale, parto (cesareo o fisiologico), aborto.

Spese per onorari chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria o per materiale di intervento.

Spese per rette di degenza, nonché spese per assistenza medica, infermieristica e assistenziale, cure, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici sostenute durante il periodo di ricovero o degenza.

Spese per assistenza medica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici, sostenute nei 90 gg. precedenti/successivi il ricovero od alla data dell'intervento ambulatoriale (elevati a 120gg in caso di ricovero nell'ambito del SSN).

In caso di necessità, spese per l'assistenza al neonato durante la degenza.

#### Prestazioni ospedaliere – massimali

MASSIMALE annuo per nucleo familiare pari a € 150.000, raddoppiabile a 300.000 nel caso di grandi interventi chirurgici.

In caso di intervento ambulatoriale, la franchigia per l'iscritto in Servizio è del 20% per evento; per l'iscritto in Quiescenza la franchigia è del 25% per evento, con un massimo di € 2.000 per evento, ad eccezione dei "Grandi Eventi Patologici", ai quali si applica la franchigia del 15% per evento, sempre con un massimo di € 2.000 per evento.

In caso parto cesareo o aborto € 7.800 massimale per evento.

In caso di parto non cesareo € 3.500 massimale per evento.

Franchigia € 500 in caso di ricovero senza intervento chirurgico (escluso il parto, dialisi, diabete) di durata inferiore a 5 giorni (4 notti). Per i quiescenti la franchigia di cui sopra non può comunque essere inferiore a € 500.

- Spese per vitto- pernottamento in Istituto di Cura per un accompagnatore dell'assistito, con il limite giornaliero di € 100 e con un massimo per evento di 30 gg/anno; per gli Iscritti in Quiescenza, questa disposizione è valida solo nel caso di "Grandi Eventi Patologici", e solo per pernottamento.
- Spese per trasporto dell'assistito in Ospedale o Casa di Cura (sia in Italia che all'estero) fino ad un massimo di € 1.500 per anno e nucleo familiare.
- Spese per assistenza infermieristica domiciliare nei 90 gg. precedenti e successivi al ricovero (120 gg per interventi presso SSN), fino alla concorrenza dell'importo di € 60 giornalieri e per un max. per evento di 90 gg. (raddoppiabile in caso di Grandi Eventi Patologici).



In caso di ricovero, anche in day hospital, che non comporti effettuazione di rimborsi da parte della "Cassa", è corrisposta all'iscritto un'indennità di € 90 per ogni giorno intero di durata del ricovero, fino ad un massimo di 90 gg./per evento (raddoppiati per i grandi eventi patologici). In

caso di parto non cesareo, l'indennità prevista è erogata per un importo minimo di 500 euro e compete al neonato solo quando la permanenza dello stesso è dovuta a malattia.  
Per le prestazioni di questo capitolo non sono applicate franchigie di alcun tipo se non quelle espressamente indicate.



## PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

<p>Le quote di partecipazione alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale ovvero i Ticket (escluso farmaci) per analisi e visite specialistiche sono rimborsabili completamente.</p> <p>Spese per analisi e accertamenti diagnostici effettuati presso strutture private: nel caso in cui l'importo sia equivalente al ticket è previsto il rimborso totale.</p>	<p>rimborsati al 100%</p>	<p>Nessuna franchigia</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------

Alta diagnostica (specifichiamo che le vecchie franchigie in quote fissa previste precedentemente, dal 2014 sono sostituite da franchigie in percentuale)

Tipologia	Massimale annuo per nucleo familiare	Franchigia
<p>Angiografia, Chemioterapia, Dialisi, Doppler-Ecodoppler, Diagnostica endoscopica, MOC, Radioterapia, Amniocentesi, Risonanza Magnetica Nucleare, Scintigrafia, TAC, Terapia Interferonica, ricerche genetiche per malformazioni fetali in stato di gravidanza, amniocentesi in stato di gravidanza, PET, esami di oncologia molecolare</p>	<p>€15.000                      € 30.000 in caso di grandi eventi patologici</p>	<p>20% Iscritti in SERVIZIO                      40% Iscritti in QUIESCENZA</p>

Prestazioni specialistiche

Tipologia	Massimale annuo per nucleo familiare	Franchigia
Prestazioni specialistiche ambulatoriali e domiciliari	€ 4.000 per I scritti in Servizio € 3.000 per I scritti in Quiescenza	30% per l'I. in Servizio 40% per l'I. in Quiescenza.
Di cui per trattamenti fisioterapici e rieducativi	€ 800 Raddoppio solo per i dipendenti in servizio per artroprotesi	Se erogate da medici e centri convenzionati, per l'I. in Servizio la franchigia è pari al 25% (visite) ed al 30% (diagnostica), mentre per l'I. in Quiescenza la franchigia è sempre pari al 30%
Protesi auditive	€ 2.000	Nessuna franchigia
Mezzi correttivi oculistici (a fronte di prescrizione medica effettuata nel quinquennio precedente)	€ 450 per l'I. in Servizio € 250 per l'I. in Quiesc.	30%
Interventi correttivi dei difetti visivi	€ 1.500 per l'I. in Serv. € 1.800 per l'I. in Quiesc. (è inclusa l'asportazione della cataratta solo x quiescenti)	20% per l'I. in Servizio 25% per l'I. in Quiescenza
Cure dentarie (non dovute a infortunio)  Spese per ablazione tartaro e visita di controllo, fuori dal plafond di cui sopra, 1 volta per anno per persona	€ 1.500 per l'I. in Serv. € 600 per l'I. in Quiesc.  € 75 (non previsto per l'I. in Quiescenza)	30%  ===

<p>spese per noleggio, acquisto e riparazione di apparecchi ausiliari correttivi e terapeutici resi necessari da perdite o menomazioni anatomiche invalidanti nonché per acquisto e riparazione di protesi ortopediche e oculistiche da malattia, da malformazione congenita o da infortunio oltreché per acquisto carrozzelle per disabili e apparecchi laringofoni, purché rientranti nel "Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni Sanitarie Protesiche" del Servizio Sanitario Nazionale tempo per tempo vigente, ovvero su giudizio vincolante del consulente sanitario, del Fondo Sanitario, qualora rientranti nell'ambito delle finalità del Fondo stesso, con esclusione del materiale di consumo.</p> <p>Sono altresì rimborsate gli oneri sostenuti per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• protesi e apparecchi ausiliari e/o terapeutici che non rientrino nella precedente casistica</li> <li>• Latte in polvere per neonati entro i primi 6 mesi con prescrizione medica e limite di euro 300 per neonato</li> <li>• Medicinali reperibili solo all'estero o non erogati o parzialmente erogati in regime di convenzione SSN con prescrizione di enti ospedalieri</li> </ul>	<p>€ 3.000</p> <p>Con massimale annuo di € 600</p>	<p>Nessuna franchigia</p>
<p>Cure per disintossicazioni, anche in Istituto di Cura</p>	<p>€ 1.500</p>	<p>30% per l'I. in Servizio. 40% per l'I. in Quiescenza (si riduce al 30% solo per cure erogate da medici/strutt. convenzionate)</p>
<p>Interventi psicoterapeutici o psicoanalitici anche comportanti ricovero in Istituto di Cura</p>	<p>€ 1.500</p>	<p>Come nel paragrafo precedente (ma con un min. di € 25 a visita)</p>

MODALITÀ DI RIMBORSO





Le prestazioni saranno liquidate di massima entro 45 giorni dalla ricezione della documentazione completa.

Per gli Iscritti in Servizio, le spese, decurtate delle eventuali franchigie, sono liquidate per l'80% a seguito della richiesta e, per la residua quota, a seguito dell'approvazione del Bilancio e sulla base del risultato d'esercizio, ad eccezione di quelle effettuate da medici e strutture in forma totalmente convenzionata.

Per gli Iscritti in Quiescenza, le spese, decurtate delle eventuali franchigie, sono liquidate per l'85% della somma spettante se effettuate da medici e strutture in forma totalmente convenzionata e per il 70% negli altri casi. E la residua quota non immediatamente erogata verrà liquidata successivamente all'approvazione del bilancio di norma al 30 giugno dell'anno successivo.

In caso di risultato di esercizio positivo di Bilancio, la quota residua non rimborsata immediatamente viene erogata entro il 30 giugno dell'anno successivo alla gestione di pertinenza. Ove non consegua l'integrale liquidazione della quota residua, il rimborso avviene - in misura proporzionale - con eventuale utilizzo di una porzione del patrimonio della gestione di pertinenza, con priorità per le spese sostenute dagli iscritti portatori di handicap in situazione di gravità accertata ai sensi della Legge 104/1992.

Per casi specifici e particolari rimandiamo alla consultazione dello statuto e delle circolari pubblicate sul sito del Fondo Sanitario e consigliamo di contattare i nostri sindacalisti presenti sul territorio.

ALLEGATO 1

ELENCO DELLE SOCIETA' DEL GRUPPO ADERENTI AL FONDO SANITARIO DI INTESASANPAOLO

INTESA SANPAOLO  
INTESA SANPAOLO GROUP SERVICES  
BANCA DELL'ADRIATICO  
BANCA DI CREDITO SARDO  
BANCA DI TRENTO E BOLZANO  
BANCA FIDEURAM  
BANCA IMI  
BANCA PROSSIMA  
BANCO DI NAPOLI  
CASSA DI RISPARMIO DI FORLI' E DELLA ROMAGNA  
CASSA DI RISPARMIO DEL VENETO  
CASSA DI RISPARMIO DI VENEZIA  
CASSAM DI RISPARMIO IN BOLOGNA  
CENTRO FACTORING (sino a 31/12/2013, poi fusione in MEDIOFACTORING)  
CENTRO LEASING (sino a 31/12/2013, poi fusione in MEDIOCREDITO ITALIANO)  
CASSA DI RISPARMIO DI CIVITAVECCHIA  
BANCA CR FIRENZE  
CASSE DI RISPARMIO DELL'UMBRIA  
CASSA DI RISPARMIO DEL FRIULI E VENEZIA GIULIA  
CASSA DI RISPARMIO DI PISTOIA E DELLA LUCCHESIA  
CASSA DI RISPARMIO DI RIETI  
CASSA DI RISPARMIO DELLA PROVINCIA DI VITERBO  
EQUITER  
EURIZON CAPITAL SGR  
FIDEURAM FIDUCIARIA  
FIDEURAM INVESTIMENTI SGR  
INI FONDI CHIUSI  
EPSILON SGR  
IMI INVESTIMENTI  
INTESA FORMAZIONE  
INTESA SANPAOLO PREVIDENZA SIM  
INTESA SANPAOLO PRIVATE BANKING  
LEASINT (sino a 31/12/2013, poi fusione in MEDIOCREDITO ITALIANO)  
NEOS FINANCE (sino a 31/12/2013, poi fusione in MEDIOCREDITO ITALIANO)  
MEDIOCREDITO ITALIANO  
MEDIOFACTORING  
INTESA SANPAOLO PERSONAL FINANCE  
SANPAOLO INVEST SIM  
SETEFI  
SIREFID