REGOLE IN MATERIA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO

Emittente:
Direzione Centrale Personale

Destinatari:
Gruppo Intesa Sanpaolo

Percorso:
ARCO – Regole – Gestione Risorse – Gestione Risorse Umane

Novembre 2010

INDICE

PREMESSA.....	3
PRINCIPI GENERALI.....	3
DISPOSIZIONI.....	4
1) Iscritti al "Fondo Sanitario"	4
2) Familiari.....	8
3) Segnalazioni.....	9
4) Cessazioni.....	11
5) Provvedimenti a carico degli iscritti.....	11
6) Contribuzioni.....	12
7) Modalità di addebito di contribuzioni.....	17
8) Prestazioni.....	18
9) Rimborso delle prestazioni	19
10) Modalità e tempistiche di liquidazione delle prestazioni.....	20
11)Trattamento fiscale.....	20
12) Call center.....	21
13) Sito internet.....	21

REGOLE IN MATERIA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA AZIENDALE

PREMESSA

La presente normativa illustra i contenuti delle intese sottoscritte in data 2 ottobre 2010 da Intesa Sanpaolo e le Organizzazioni Sindacali per la costituzione del Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo, di seguito "Fondo Sanitario".

In seguito all'attivazione del "Fondo Sanitario", operativo a far tempo dal 1° gennaio 2011, la Cassa per l'assistenza sanitaria per il Personale del Gruppo Intesa (di seguito Cassa Intesa), la Cassa assistenza Sanpaolo IMI (di seguito Cassa Spimi) ed il Fondo Interno di Assistenza al Personale della Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo (di seguito FIA Cariparo) continueranno a funzionare solo per l'erogazione delle prestazioni fruite dagli iscritti fino a tutto il 31 dicembre 2010 e, una volta esaurita la loro funzionalità, i relativi residui attivi saranno devoluti al nuovo ente sanitario di Gruppo secondo le apposite regole definite nelle citate intese.

Destinatario di tale normativa è, come meglio specificato e secondo le modalità sotto dettagliate, il Personale in servizio, in quiescenza ovvero che abbia aderito al Fondo di solidarietà ex D.M. 158/2000 e 226/2006 di Intesa Sanpaolo, Intesa Sanpaolo Group Services, Banca dell'Adriatico, Banca di Credito Sardo, Banca di Trento e Bolzano, Banca Fideuram, Banca IMI, Banca Infrastrutture Innovazione e Sviluppo, Banca Prossima, Banco di Napoli, Cassa dei Risparmi di Forlì e della Romagna, Cassa di Risparmio del Veneto, Cassa di Risparmio di Venezia, Cassa di Risparmio in Bologna, Centro Factoring, Centro Leasing Banca, Centro Leasing Rete, Cassa di Risparmio di Ascoli Piceno, Cassa di Risparmio di Città di Castello, Cassa di Risparmio di Civitavecchia, Banca CR Firenze, Cassa di Risparmio di Foligno, Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia, Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia, Cassa di Risparmio di Rieti, Cassa di Risparmio di Spoleto, Cassa di Risparmio di Terni e Narni, Cassa di Risparmio della Provincia di Viterbo, Equiter, Eurizon Capital Sgr, Fideuram Fiduciaria, Fideuram Investimenti Sgr, IMI Fondi Chiusi, Epsilon Sgr, IMI Investimenti, Intesa Formazione, Intesa Previdenza SIM, Intesa Sanpaolo Private Banking, Leasint, Mediocredito Italiano, Mediofactoring, Moneta, Neos Finance, Sanpaolo Invest SIM, Setefi, Sirefid.

Si precisa che alla presente normativa seguiranno da parte del Fondo Sanitario specifiche disposizioni.

PRINCIPI GENERALI

Il "Fondo Sanitario", 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.

L'operatività avrà avvio dal 1° gennaio 2011.

Il "Fondo Sanitario" presuppone:

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

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

Le disponibilità del "Fondo sanitario", rivenienti dalla confluenza delle preesistenti Casse Sanitarie, vengono assegnate alle separate gestioni in proporzione al numero di iscritti a ciascuna sezione.

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

- riversamento alla gestione iscritti in quiescenza, all'inizio di ogni esercizio, del 4% del totale delle contribuzioni annue della gestione iscritti in servizio (escluso quanto sarà pagato sia dall'Azienda che dai Dipendenti per le polizze di cui al punto 2 "Personale in servizio" delle disposizioni attuative), 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;
- trasferimento dal patrimonio della sezione iscritti in servizio a quello della sezione iscritti in quiescenza di un importo determinato rapportando il totale del patrimonio della sezione iscritti in servizio al 31 dicembre dell'anno precedente al totale di iscritti in servizio alla medesima data, moltiplicato per il numero di iscritti che, acquisendo il diritto a pensione, chiedono di mantenere l'iscrizione alla gestione di competenza a partire dal 1° gennaio dell'anno di riferimento. Ciò a partire dall'esercizio 2012.

Limitatamente al primo triennio, qualora nell'ambito di ciascun esercizio e separatamente per ogni gestione, risulti uno squilibrio tra le contribuzioni (tenuto conto della solidarietà di cui al comma che precede) e le prestazioni, si procederà al ripianamento utilizzando prioritariamente i rendimenti delle contribuzioni e del patrimonio e, successivamente, in uguale misura:

- la quota "differita" di cui all'articolo "Rimborsi" del "Regolamento";
- le riserve nei limiti e con i vincoli stabiliti nello Statuto.

Qualora, attuato quanto precede, risulti ancora uno squilibrio nella gestione, si procede al ripianamento dello stesso da parte degli iscritti alla gestione secondo il criterio di addebito proporzionale alle contribuzioni versate. In tale evenienza si darà luogo ad un tempestivo incontro tra le Fonti Istitutive al fine di individuare le idonee soluzioni su contribuzioni e/o prestazioni, per garantire l'equilibrio della/e gestione/i per i successivi esercizi.

In ogni caso, con le risultanze del terzo esercizio, Intesa Sanpaolo e le OO.SS. si incontreranno per definire in via strutturale i criteri prioritari di copertura degli eventuali squilibri nelle singole gestioni.

DISPOSIZIONI

1) ISCRITTI AL FONDO SANITARIO

Si riepilogano di seguito le previsioni che trovano applicazione nei confronti delle seguenti categorie di iscritti al "Fondo Sanitario".

a) Iscritti in servizio che fruivano dal 1° gennaio 2011 di prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario"

Al "Fondo Sanitario" vengono iscritti, con fruizione delle prestazioni erogate direttamente dal Fondo Sanitario ("Regolamento delle prestazioni", in allegato), i dipendenti assunti a far data dal 1° gennaio 2011 con contratto a tempo indeterminato o di apprendistato professionalizzante presso una delle società elencate nella premessa.

Sono parimenti iscritti al "Fondo Sanitario" a decorrere dal 1° gennaio 2011 e fruivano da tale data delle prestazioni erogate direttamente dal Fondo medesimo:

- i dipendenti ed i relativi familiari, già beneficiari al 31 dicembre 2010 delle prestazioni di assistenza sanitaria riconosciute dalla Cassa Intesa, dalla Cassa Spimi e dal FIA Cariparo, con esclusione dei destinatari della polizza assicurativa in favore del Personale dell'ex Banco di Napoli;

- i dipendenti della Compagnia di San Paolo, già iscritti, alla data del 31 dicembre 2010, alla "Cassa Spimi" nonché gli attuali beneficiari della "Cassa Intesa" non rientranti nel precedente alinea;
- i dipendenti assunti nel 2010 con contratto di apprendistato professionalizzante presso Banca dell'Adriatico, Banco di Napoli, Cassa di Risparmio di Venezia, Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia, e Cassa di Risparmio in Bologna, che sarebbero stati iscritti alla "Cassa Spimi" a fare tempo dal 1° gennaio del terzo anno solare, ovvero assunti presso Cassa di Risparmio del Veneto, che sarebbero stati iscritti al FIA Cariparo, nonché i dipendenti assunti nel 2010 ai sensi degli accordi 2 febbraio 2010 e 3 novembre 2010;
- i dipendenti assunti nel corso del 2010 con contratto a tempo indeterminato o con contratto di apprendistato professionalizzante presso Società del Gruppo Intesa Sanpaolo destinatarie della "Cassa Spimi" o della "Cassa Intesa", che non abbiano ancora esercitato la facoltà di iscrizione nei termini previsti dalle rispettive normative di riferimento;
- i dipendenti delle Società del Gruppo elencate in premessa, destinatari di prestazioni sanitarie mediante polizze assicurative diverse dalla polizza per il Personale dell'ex Banco di Napoli, il cui contratto di lavoro sia stato oggetto di cessione individuale nel corso del 2010 (incluse le cessioni con decorrenza 1° gennaio 2011) a Società il cui personale di nuova assunzione, nel corso di detto periodo, risultasse destinatario della "Cassa Intesa" o "Cassa Spimi" o del "FIA Cariparo".

L'iscrizione avviene in automatico (dal 1° gennaio 2011 ovvero dalla data di assunzione, se successiva), fatta salva la facoltà di recesso da esercitarsi in via definitiva e irrevocabile, facendo pervenire, tramite lettera raccomandata indirizzata al Fondo Sanitario, il modulo di recesso debitamente compilato, entro la fine del quarto mese successivo alla data in cui si è determinata l'iscrizione, a valere retroattivamente dalla medesima data.

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

Si precisa che il Personale che abbia aderito al "Fondo di solidarietà" e che, in applicazione di quanto stabilito dagli specifici accordi e secondo le regole in essi contenute, risulti iscritto alla Cassa Intesa o alla Cassa Spimi o al FIA Cariparo, viene automaticamente iscritto al "Fondo Sanitario" nel periodo di permanenza nel "Fondo di Solidarietà" medesimo previsto dagli accordi stessi, fatta salva la facoltà di revoca da esercitare entro il 30 aprile 2011.

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

Si evidenzia che per poter fruire delle prestazioni a decorrere dal 1° gennaio 2011 occorre procedere alla segnalazione dei dati relativi al nucleo dei familiari beneficiari come meglio dettagliato al successivo capitolo 3.

b) Iscritti in quiescenza che fruiranno dal 1° gennaio 2011 di prestazioni erogate direttamente dal Fondo Sanitario

Sono iscritti, a decorrere dal 1° gennaio 2011, i titolari di trattamento pensionistico ed i relativi familiari, già beneficiari al 31 dicembre 2010 delle prestazioni di assistenza sanitaria riconosciute dalla Cassa Intesa, dalla Cassa Spimi e dal FIA Cariparo, fatta salva la facoltà di recesso da esercitarsi entro il 30 aprile 2011 a valere retroattivamente dal 1° gennaio 2011, facendo pervenire specifica lettera raccomandata al "Fondo Sanitario".

Al "Fondo Sanitario" viene inoltre iscritto dietro specifica istanza, con fruizione delle prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario" (allegato 1), il Personale che cessi dal rapporto di lavoro con diritto a trattamento pensionistico a decorrere dal 1° gennaio 2011 e che abbia assolto l'obbligo contributivo per

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

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

Nei casi sopra richiamati, la qualifica di "iscritto in servizio" è mantenuta sino al 31 dicembre dell'anno in cui avviene la cessazione del rapporto di lavoro, con pagamento della relativa contribuzione prevista per tale tipologia di iscritti.

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

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

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

- a partire dal mese di dicembre del terzo anno successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente;
- entro il 31 dicembre dell'anno in cui siano stati previsti aumenti delle contribuzioni a carico dell'iscritto superiori al 10% su base annua, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente.

Si evidenzia che per poter fruire delle prestazioni a decorrere dal 1° gennaio 2011 occorre procedere alla segnalazione dei dati relativi al nucleo dei familiari beneficiari come meglio dettagliato al successivo capitolo 3.

c) Personale in servizio che fruirà dal 1° gennaio 2011 di prestazioni erogate tramite polizza sanitaria

Sono parimenti iscritti al "Fondo Sanitario" tutti i dipendenti delle Società del Gruppo elencate in premessa non rientranti nel punto a) del presente capitolo. In questo caso trova applicazione il complessivo ordinamento statutario, ma, per un periodo transitorio (c.d. "periodo di ingresso" meglio dettagliato al successivo capitolo 8) fruiranno di prestazioni erogate mediante polizza assicurativa sanitaria sottoscritta per il tramite del Fondo medesimo, i cui contenuti minimi sono sintetizzati nell'Appendice 2 (in allegato 2).

A decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza del "periodo di ingresso" i dipendenti di ciascuna Società ed i relativi beneficiari inizieranno a fruire delle prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario" (di cui al "Regolamento delle Prestazioni").

Anche in questo caso l'iscrizione avviene in automatico dal 1° gennaio 2011, fatta salva la facoltà di recesso da esercitarsi in via definitiva ed irrevocabile, facendo pervenire entro il 30 aprile 2011, tramite lettera raccomandata indirizzata al Fondo Sanitario, il modulo di recesso debitamente compilato, a valere retroattivamente dal 1° gennaio 2011.

Viene altresì iscritto dal 1° gennaio 2011 al Fondo Sanitario, con fruizione da tale data delle prestazioni mediante la polizza assicurativa sanitaria di cui al primo comma, il personale che abbia aderito al "Fondo di Solidarietà" e sia, ai sensi dei relativi accordi, beneficiario di polizza sanitaria assicurativa, fatta salva la

facoltà di recesso da esercitarsi in via definitiva e irrevocabile, facendo pervenire tramite lettera raccomandata indirizzata al Fondo Sanitario il modulo di recesso debitamente compilato, entro il 30 aprile 2011. Tale personale fruirà delle prestazioni erogate dalla citata polizza (allegato 2) per il periodo di permanenza nel "Fondo di Solidarietà" previsto dai relativi accordi e comunque non oltre il periodo previsto per i dipendenti della Società ex datrice di lavoro, come dettagliato nel successivo capitolo 8. A decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza del "periodo di ingresso" inizierà a fruire delle prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario" (di cui al "Regolamento delle Prestazioni").

Laddove il diritto al trattamento pensionistico venga maturato successivamente al 1° gennaio 2011 da parte del personale che a tale data fruisca delle prestazioni del "Fondo Sanitario" tramite polizza sanitaria, compreso il personale che abbia aderito al "Fondo di Solidarietà" ai sensi dei relativi accordi, la copertura sanitaria erogata dal "Fondo Sanitario" tramite polizza assicurativa qualora il percorso di ingresso stabilito per la Società ex datrice di lavoro non si sia ancora completato sarà mantenuta, a richiesta, sino al completamento del "periodo di ingresso". Al termine del predetto periodo il Personale potrà fruire delle prestazioni di cui al "Regolamento delle Prestazioni" (allegato 1).

Si evidenzia che per poter fruire delle prestazioni a decorrere dal 1° gennaio 2011 occorre procedere alla segnalazione dei dati relativi al nucleo dei familiari beneficiari come meglio dettagliato al successivo capitolo 3.

d) Personale in quiescenza al 31 dicembre 2010 che fruirà dal 1° gennaio 2011 di prestazioni erogate tramite polizza sanitaria

I dipendenti delle Società elencate in premessa, cessati dal servizio con diritto al trattamento pensionistico a far data dal 1° gennaio 2007 (29 gennaio 2008 per l'ex Gruppo CR Firenze, con la specificità riferita al personale in quiescenza di Banca CR Firenze di cui al successivo capitolo 6) ovvero che abbiano acquisito il medesimo diritto nel "Fondo di solidarietà", non iscritti alla data del 31 dicembre 2010 alla Cassa Intesa, alla Cassa Spimi o al FIA Cariparo, potranno richiedere l'iscrizione al "Fondo Sanitario" a decorrere dal 1° gennaio 2011, con fruizione delle prestazioni mediante la polizza assicurativa sanitaria (allegato 2) sottoscritta per il tramite del "Fondo Sanitario per un periodo transitorio (c.d. "periodo di ingresso", meglio dettagliato al successivo capitolo 8).

Si evidenzia che per poter fruire delle prestazioni a decorrere dal 1° gennaio occorre procedere alla segnalazione dei dati relativi al nucleo dei familiari beneficiari come meglio dettagliato al successivo capitolo 3.

e) Personale in servizio al 31 dicembre 2010 che non si fosse avvalso della facoltà di iscrizione alla forma di assistenza sanitaria in essere presso la Società di appartenenza o che avesse revocato l'iscrizione alla medesima.

Il personale delle Società elencate in premessa, ivi compreso quello che abbia aderito al "Fondo di Solidarietà" che, al 31 dicembre 2010, non si fosse avvalso della facoltà di iscrizione alla forma di assistenza sanitaria in essere presso la Società di appartenenza o che avesse revocato l'iscrizione alla medesima, potrà richiedere l'iscrizione al "Fondo Sanitario" per sé e per i familiari a carico e non, inderogabilmente entro il 30 aprile 2011.

L'iscrizione al "Fondo Sanitario" decorrerà dal 1° gennaio 2011, con fruizione delle prestazioni di cui all'Appendice 2 sino al 31/12/2013.

2) FAMILIARI

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

- il coniuge, in assenza di separazione legale;
- i figli, anche se adottati o in affidamento preadottivo;
- altri familiari (parenti in linea retta o collaterale – genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli) purché di età non superiore a 80 anni e conviventi da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto.

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

L'estensione delle prestazioni del "Fondo Sanitario" a favore degli altri familiari fiscalmente a carico, oltre ad essere subordinata all'iscrizione del coniuge e figli a carico, deve riguardare la totalità degli stessi familiari fiscalmente a carico, così come risultante dallo stato di famiglia anagrafico dell'iscritto, con l'eventuale esclusione dei soli beneficiari di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa, che dovrà essere dichiarata all'atto dell'iscrizione.

Tale disciplina è derogata in favore del coniuge.

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

- il coniuge, in assenza di separazione legale;
- il coniuge di fatto;
- i figli, anche se adottati o in affidamento preadottivo purché conviventi con uno dei genitori;
- i figli, anche se adottati o in affidamento preadottivo, del coniuge non legalmente separato o di fatto;
- genitori di età non superiore a 80 anni.

L'iscritto può estendere il beneficio delle prestazioni esclusivamente a favore della totalità dei familiari non fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia anagrafico e subordinatamente all'iscrizione al Fondo Sanitario della totalità dei familiari fiscalmente a carico, con l'eventuale esclusione dei soli fruitori di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa, che dovrà essere dichiarata all'atto dell'iscrizione.

Tale disciplina è derogata in favore del coniuge (anche di fatto).

Le prestazioni del "Fondo Sanitario" per i familiari beneficiari, stante l'irrevocabilità dell'opzione, cessano contestualmente alla perdita della qualifica di iscritto del personale, ovvero al venir meno dei requisiti prescritti per le diverse situazioni.

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 la separazione legale o il divorzio, la variazione del carico fiscale, il venir meno della convivenza anagrafica.

Per i genitori fiscalmente non a carico, la qualifica di beneficiari delle prestazioni del "Fondo Sanitario" cessa contestualmente al venir meno della convivenza con l'aderente ovvero al compimento del 80° anno di età. Per gli altri familiari fiscalmente a carico (ad esclusione del coniuge e dei figli) la qualifica di beneficiario viene meno, oltre che nei casi predetti, anche a seguito della perdita - da parte dell'iscritto - del relativo carico fiscale.

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

In fase di avvio del "Fondo Sanitario" restano confermate, fermi gli adempimenti di cui al successivo capitolo 3, le posizioni già oggetto di salvaguardia relativa alla qualifica di beneficiario nell'ambito degli accordi di costituzione della Cassa Intesa, nonché i genitori che abbiano superato l'età tempo per tempo richiesta per il diritto a pensione di vecchiaia da parte dell'AGO o con qualunque età se inabili permanentemente al lavoro, che alla data del 2 ottobre 2010 risultassero già beneficiari delle prestazioni riconosciute dal FIA Cariparo.

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.

3) SEGNALAZIONI

Per il personale assunto a far data dal 1° gennaio 2011, con contratto a tempo indeterminato o di apprendistato professionalizzante presso una delle società elencate nella premessa, il perfezionamento dell'iscrizione avviene mediante autorizzazione al trattamento dei dati personali e l'eventuale estensione delle prestazioni ai rispettivi familiari - nei limiti previsti dalla normativa statutaria, di cui ai precedenti capitoli 1 e 2 - deve essere effettuata con la specifica applicazione on line disponibile sul sito internet di cui al successivo capitolo 13, entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo all'assunzione.

Login e password personali, necessarie per effettuare il primo accesso per la compilazione della modulistica d'adesione, sono trasmessi agli "iscritti in servizio" con e-mail nella casella di posta aziendale.

Fermo restando il termine ultimo del 30 aprile 2011, per poter estendere la copertura sanitaria prevista a favore dei familiari sin dal 1° gennaio 2011, il restante personale dovrà procedere alla segnalazione e regolarizzazione della complessiva situazione dei beneficiari del proprio nucleo familiare nonché dei relativi carichi fiscali, secondo le modalità e le tempistiche contenute all'interno delle comunicazioni individuali ricevute sulla materia, e in particolare:

Personale che fruirà dal 1° gennaio 2011 di prestazioni erogate direttamente dal Fondo Sanitario

- **Personale in servizio:** entro il 20 dicembre 2010 per poter fruire, per sé e per i propri familiari, delle prestazioni del Fondo Sanitario tramite strutture convenzionate a far data dal 1° gennaio 2011;
- **Personale in quiescenza o che abbia aderito al "Fondo di Solidarietà":** entro il 15 dicembre 2010 per poter fruire, per sé e per i propri familiari, delle prestazioni del Fondo Sanitario tramite strutture convenzionate a far data dal 1° gennaio 2011.

Da tale data decorre comunque l'iscrizione al Fondo Sanitario fatta salva la facoltà di recesso da esercitare entro il 30 aprile 2011.

Personale che fruirà dal 1° gennaio 2011 di prestazioni erogate da polizza sanitaria

- **Personale in servizio o che abbia aderito al "Fondo di Solidarietà":** entro il 20 dicembre 2010 (15 dicembre per il personale aderente al "Fondo di Solidarietà") per poter estendere ai familiari la fruizione delle prestazioni erogate tramite polizza sanitaria a far data dal 1° gennaio 2011. Nel caso la ricezione della modulistica sia successiva a tale data, le prestazioni potranno essere fornite ai familiari dal primo giorno del mese successivo a quello di ricezione della richiesta medesima e comunque non prima del 1° febbraio 2011, ferma restando la loro iscrizione al Fondo Sanitario dal 1° gennaio 2011, data dalla quale decorrerà il pagamento della prevista contribuzione a carico dell'iscritto e degli eventuali familiari;
- **Personale in quiescenza:** entro il 15.12.10 per poter fruire delle prestazioni erogate tramite polizza sanitaria a far data dal 1° gennaio 2011. Nel caso la ricezione della modulistica sia successiva a tale data, le prestazioni potranno essere fornite dal primo giorno del mese successivo a quello di ricezione

della richiesta medesima e comunque non prima del 1° febbraio 2011, ferma restando l'iscrizione al Fondo Sanitario dal 1° gennaio 2011, data dalla quale decorrerà il pagamento della contribuzione a carico dell'iscritto e degli eventuali familiari;

- **Personale in servizio al 31 dicembre 2010 (ivi compreso quello che abbia aderito al "Fondo di Solidarietà") che non si fosse avvalso della facoltà di iscrizione alla forma di assistenza sanitaria in essere presso la Società di appartenenza o che avesse revocato l'iscrizione alla medesima:** entro il 20 dicembre 2010 per poter fruire delle prestazioni erogate tramite polizza sanitaria a far data dal 1° gennaio 2011. Nel caso la ricezione della modulistica sia successiva a tale data, le prestazioni potranno essere fornite dal primo giorno del mese successivo a quello di ricezione della richiesta medesima e comunque non prima del 1° febbraio 2011, ferma restando l'iscrizione al Fondo Sanitario dal 1° gennaio 2011, data dalla quale decorrerà il pagamento della contribuzione a carico dell'iscritto e degli eventuali familiari.

Qualora fosse richiesta la spedizione di specifica modulistica, si precisa che questa dovrà essere stampata, sottoscritta e trasmessa, suffragata dalle eventuali certificazioni anagrafiche, al "Fondo Sanitario", all'indirizzo specificato all'interno della modulistica stessa o delle comunicazioni individuali.

Si precisa inoltre che:

- il personale è comunque tenuto a comunicare al "Fondo Sanitario" la situazione relativa al carico fiscale dei propri familiari beneficiari delle prestazioni di cui al successivo capitolo 8; in particolare, tale onere dovrà essere espletato al momento dell'iscrizione ovvero in occasione della conferma del proprio nucleo familiare beneficiario secondo quanto disposto dalle comunicazioni individuali ricevute sulla materia; l'iscritto ha inoltre l'obbligo di comunicare tempestivamente al "Fondo Sanitario" ogni variazione del proprio stato di famiglia e della situazione dei carichi fiscali.
- unicamente a seguito di variazioni del nucleo familiare dell'aderente intervenute successivamente alle segnalazioni iniziali, le prestazioni del "Fondo Sanitario" possono essere estese, sempre a richiesta, ai medesimi soggetti sopra riportati, entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo all'insorgenza del diritto. In tal caso, laddove sia previsto il requisito della convivenza, la facoltà di estensione ha efficacia solo dopo il compimento di un intero anno dal verificarsi del requisito medesimo a fronte di richiesta presentata entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo a tale termine unitamente allo stato di famiglia anagrafico che comprovi la sussistenza della convivenza per l'intero anno precedente. Tale ultima disposizione è derogata in favore del coniuge di fatto.
- decorsi i termini di cui sopra l'iscritto può esercitare le facoltà di estensione delle prestazioni di cui all'alinea precedente, in qualsiasi momento successivo all'evento, con pagamento della contribuzione dal mese in cui si è verificato l'evento e con l'avviso che la fruizione delle relative prestazioni decorre trascorso un intero anno dalla data della richiesta, ad eccezione del coniuge e dei figli, in entrambi i casi fiscalmente a carico, che potranno fruire delle relative prestazioni dalla data della richiesta;
- 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.

Le richieste di estensione delle prestazioni pervenute oltre i termini sopraindicati sono accolte con il pagamento della contribuzione dal mese di pervenimento della domanda di inserimento e con diritto a fruire, per il familiare in questione, delle relative coperture decorso un intero anno dalla richiesta stessa.

In via transitoria, il dipendente iscritto al 31 dicembre 2010 alla Cassa Intesa, alla Cassa SPIMI o al FIA Cariparo, entro e non oltre il 30 aprile 2011, potrà rendere beneficiari delle prestazioni del "Fondo Sanitario" i familiari che avrebbero potuto essere iscritti anche in precedenza e che risultino, in virtù del mutato quadro

normativo di riferimento, iscrivibili secondo quanto previsto dallo Statuto del "Fondo Sanitario", senza che ciò comporti il recupero delle eventuali contribuzioni pregresse dovute. Trascorso detto termine, troveranno applicazione le normative ordinarie previste dallo Statuto.

4) CESSAZIONI

La qualifica di iscritto viene meno a seguito di:

- cessazione del rapporto di lavoro senza diritto a trattamento pensionistico;
- esercizio della facoltà di revoca e di rinuncia, ai sensi delle disposizioni contenute nel capitolo 1;
- mancato esercizio della richiesta di prosecuzione dell'iscrizione da parte dei dipendenti (e degli aderenti al "Fondo di solidarietà") che cessano dal servizio con diritto al trattamento pensionistico, nonché da parte dei beneficiari di iscritti deceduti, se destinatari di un trattamento pensionistico di reversibilità o indiretto;
- compimento di gravi irregolarità nei confronti del "Fondo Sanitario", ascrivibili all'aderente od ai familiari beneficiari delle prestazioni;
- mancata corresponsione del contributo da parte dell'iscritto, anche in favore dei familiari, per oltre un anno.

La qualifica di familiare beneficiario viene meno:

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

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 Parti.

5) 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.

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

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

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

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

6) CONTRIBUTUZIONI

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

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

- A carico del datore di lavoro

Importo in cifra fissa annua per ciascun dipendente in servizio, nella misura tempo per tempo disposta dalle fonti collettive e annualmente rivalutata (con riferimento all'anno 2011, € 900,00).

Per i dipendenti assunti nel 2010 con contratto di apprendistato professionalizzante presso Banca dell'Adriatico, Banco di Napoli, Cassa di Risparmio di Venezia, Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia, Cassa di Risparmio in Bologna e Cassa di Risparmio del Veneto, la contribuzione aziendale annua viene ridotta a 700 euro per il primo biennio. Analogamente per i destinatari degli accordi 2 febbraio e 3 novembre 2010.

- A carico degli iscritti

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

Le quote percentuali previste a carico degli "iscritti in servizio" e dei relativi familiari beneficiari sono applicate su tutte le voci della retribuzione imponibile ai fini INPS secondo il principio di cassa con il limite massimo pari, per il 2011, a 100.000,00 €.

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

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

- A carico degli iscritti

- 3,00 % per sé;
- 0,10 % per ogni familiare a carico (sino ad un massimo dello 0,30%);
- 0,90 % per ogni familiare non a carico.

Le quote percentuali previste a carico degli "iscritti in quiescenza" e dei relativi familiari beneficiari sono applicate su tutte le voci della pensione AGO (INPS o INPDAP ex CPDEL) comunicata all'atto del pensionamento, che sono rivalutate il primo gennaio di ogni anno in base alla dinamica perequativa prevista dall'INPS con il limite massimo pari, per il 2011, a 100.000,00 €.

Con particolare riferimento al personale in quiescenza iscritto ai Fondi ex esonerativi, si precisa che la base imponibile su cui viene calcolata la percentuale a carico dell'iscritto percettore di pensione "sostitutiva" o "provvisoria" è costituita, per il periodo di percepimento, da tutte le voci che costituiscono tale pensione. Al termine di tale periodo troveranno applicazione le regole di contribuzione di cui al precedente comma.

Restano confermate, in capo al personale in quiescenza di Mediofactoring sgr e di Banca CR Firenze che richiede l'iscrizione al "Fondo Sanitario" ed esclusivamente in tale evenienza, le contribuzioni versate alla data del 31 dicembre 2010 dalle rispettive Società in loro favore, che continueranno ad essere corrisposte al "Fondo Sanitario" in costanza di iscrizione allo stesso, a scomputo delle contribuzioni individualmente dovute da ciascun iscritto in quiescenza.

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

- per quanto riguarda le previsioni del Regolamento del FIA, restano confermate le attribuzioni contributive in essere a favore degli iscritti in quiescenza al FIA, che continueranno ad essere versate, a scomputo della contribuzione individualmente dovuta da ciascun iscritto in quiescenza, unicamente in caso di mantenimento dell'iscrizione al "Fondo Sanitario" di Gruppo ed in costanza della stessa; le stesse vengono altresì confermate in capo agli iscritti FIA che abbiano aderito al "Fondo di solidarietà" e che hanno mantenuto l'iscrizione al FIA nei termini previsti dai rispettivi accordi, laddove mantengano l'iscrizione al Fondo Sanitario da quiescenti, purché abbiano maturato almeno 15 anni di iscrizione al FIA;
- analoga previsione dell'alinea che precede viene altresì mantenuta a favore dei dipendenti iscritti al FIA che al 31 dicembre 2010 abbiano maturato almeno 15 anni di iscrizione allo stesso, all'atto del collocamento in quiescenza, subordinatamente al mantenimento dell'iscrizione al Fondo Sanitario ed in costanza di iscrizione allo stesso; si prescinde dal requisito dei 15 anni di iscrizione unicamente nei confronti dei pensionati di inabilità, purché assunti dalla Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo, ora Cassa di Risparmio del Veneto, ante 1° giugno 2006. L'impegno di cui sopra opererà a scomputo della contribuzione individualmente dovuta da ciascun iscritto;
- il personale in servizio che abbia a suo tempo esercitato la richiesta di iscriversi alla Cassa Intesa sé e/o eventuali familiari dopo la scadenza prevista dalle norme operative di riferimento (c.d. iscrizioni tardive), continuerà a corrispondere il contributo pregresso sino a concorrenza del complessivo importo dovuto, con fruizione delle prestazioni di cui al "Regolamento delle Prestazioni" a decorrere dal 1° gennaio 2011.

c) Personale in servizio che fruisca di prestazioni erogate tramite polizza sanitaria

- A carico del datore di lavoro:

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

- A carico degli iscritti

Gli iscritti di cui al punto c) del capitolo 1, per i periodi indicati nel capitolo 8, corrisponderanno quanto previsto a loro onere per i familiari non a carico oltre ad un importo, a titolo di "contributo di ingresso", pari al 50% della quota percentuale prevista per l'iscritto in servizio destinatario delle prestazioni erogate direttamente dal "Fondo Sanitario", per sé e per i familiari a carico.

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

d) Personale in quiescenza che fruisca di prestazioni erogate tramite polizza sanitaria

- A carico degli iscritti

Il personale di cui al punto d) del capitolo 1) per i periodi indicati nel successivo capitolo 8, corrisponderà per sé e per i propri familiari a carico e non, il premio previsto per la polizza stessa, nonché, a titolo di "contributo di ingresso", un ulteriore contributo percentuale pari allo 0,50% della pensione AGO (INPS o

INPDAP ex CPDEL) per sé ed uno 0,05% per ogni familiare a carico (con un massimo dello 0,15%), da destinare al patrimonio della gestione di competenza ed utilizzato in favore della stessa.

e) Personale in servizio al 31 dicembre 2010 che non si fosse avvalso della facoltà di iscrizione alla forma di assistenza sanitaria in essere presso la Società di appartenenza o che avesse revocato l'iscrizione medesima.

▪ A carico del datore di lavoro:

Per il personale di cui al punto e) del capitolo 1, l'Azienda provvederà al pagamento del premio annuale a carico dell'Azienda previsto per la polizza stessa, a copertura del dipendente e dei suoi familiari a carico.

▪ A carico degli iscritti

L'iscritto corrisponderà quanto previsto per i familiari non a carico oltre ad un importo, a titolo di "contributo di ingresso", pari all'intera quota percentuale prevista per l'iscritto in servizio destinatario diretto delle prestazioni del "Regolamento" del "Fondo Sanitario", per sé e per i familiari a carico.

Con riferimento a tutto quanto precede, si evidenzia che:

- Il limite imponibile di € 100.000 è rivalutato, a decorrere dal 2012, il primo gennaio di ogni anno in base all'indice ISTAT di variazione dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai rilevato il 31 dicembre dell'anno precedente;
- per l'iscritto con rapporto di lavoro a tempo parziale, la retribuzione imponibile è determinata in via virtuale sulla base di quella riferita al corrispondente lavoro a tempo pieno;
- per l'iscritto assente dal servizio senza trattamento retributivo o con retribuzione ridotta, l'imponibile è determinato in via virtuale sulla base della retribuzione che percepirebbe in servizio. Il contributo previsto, se complessivamente superiore a cinquecento euro, è addebitato all'iscritto in rate mensili, a decorrere dalla prima attribuzione retributiva successiva alla ripresa del servizio e per un periodo pari a 12 mesi. Qualora l'importo dovuto sia inferiore a cinquecento euro ovvero l'iscritto ne faccia esplicita richiesta, il contributo verrà addebitato in un'unica soluzione in coincidenza della prima attribuzione retributiva successiva alla ripresa del servizio.
- nel caso di cessazione del rapporto di lavoro in corso d'anno con diritto a trattamento pensionistico per i mesi non lavorati la retribuzione presa a riferimento per la contribuzione è, pro-quota, la retribuzione imponibile del mese di cessazione ai fini del trattamento di fine rapporto calcolata su base annua;
- nel caso di decesso dell'iscritto, i familiari, dal mese in cui si verifica l'evento e sino al 31 dicembre del medesimo anno, corrispondono la sola quota a loro carico ove optino per il mantenimento dell'iscrizione.

Ristoro delle maggiori contribuzioni a carico dell'iscritto

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

imponibili al 31/12/2010 ed alla differenza delle aliquote relative corrispondenti, con la precisazione che, in caso di rapporto di lavoro a tempo parziale o di applicazione di massimali preesistenti, il differenziale sarà calcolato utilizzando la situazione in essere a tale data (per il FIA senza tenere conto dell'accollo della quota datoriale).

Si precisa che:

- per fruire della compensazione di cui sopra i dipendenti iscritti unicamente ad un regime di previdenza complementare a prestazione definita o non iscritti ad alcuna forma di previdenza complementare del Gruppo in regime di contribuzione definita devono, a richiesta, iscriversi, entro il termine ultimo del 30 giugno 2011, ad uno dei fondi di riferimento del Gruppo (Fondo Pensione per il Personale non Dirigente delle Aziende del Gruppo Bancario Intesa Sanpaolo, Fondo Pensioni del Gruppo Sanpaolo Imi e Fondo PrevidSystem per il Personale Dirigente), ferme restando le disposizioni di legge in materia, senza ulteriori obblighi contributivi in capo al datore di lavoro ed al lavoratore. Operando diversamente da quanto precede detto beneficio si intenderà automaticamente e definitivamente decaduto e/o rinunciato dall'interessato;
- per il Personale beneficiario della polizza ex Banco di Napoli alla scadenza dell'attuale polizza sarà confermata alla previdenza complementare la completa destinazione dello 0,50% dell'imponibile TFR di cui all'accordo ex Sanpaolo 30 gennaio 2003;
- gli iscritti alla Cassa Spimi che risultino titolari, al 31 dicembre 2010, di residui accantonamenti individuali derivanti da contribuzione ad efficacia differita, nel rispetto delle previsioni dello Statuto della Cassa medesima, continueranno ad utilizzare gli accantonamenti, in coerenza con quanto in precedenza praticato, a concorrenza degli apporti contributivi di cui al presente capitolo, dovuti per il mantenimento dell'iscrizione al "Fondo Sanitario", secondo le previsioni dell'art. 34 dello Statuto del "Fondo Sanitario" medesimo;
- al Personale che abbia aderito al "Fondo di Solidarietà" la compensazione, relativa ai maggiori oneri contributivi, verrà erogata a titolo di trattamento aggiuntivo/integrazione al TFR. La somma corrisposta sarà pari al valore attuale (in base al tasso ufficiale di riferimento vigente alla data del 2 ottobre 2010 pari al 1%) dell'aliquota determinata come sopra descritto applicata all'ultima retribuzione ordinaria di spettanza (per tale intendendosi la retribuzione presa a base per la contribuzione figurativa nel periodo di permanenza nel "Fondo di Solidarietà") moltiplicata per il numero di mesi intercorrenti tra il 31 dicembre 2010 e la finestra pensionistica in essere al momento della sottoscrizione dell'accordo sul Fondo di Solidarietà. Tale importo sarà riconosciuto in unica soluzione entro il 30 settembre 2011;

RISTORO - ESEMPI DI CALCOLO

1° esempio – Ex Comit iscritto alla Cassa Intesa

Imponibile INPS al 31.12.10: € 50.000,00
 Imponibile fondo previdenziale (INPS) al 31.12.10: € 50.000,00
 Nuovo contributo dipendente al Fondo Sanitario al 1.1.2011: 1% su imponibile INPS
 Vecchio contributo dipendente alla Cassa Intesa: 0,10% su imponibile INPS
 Differenza aliquota al 31.12.10:

1% su imponibile INPS	500 -
0,10% su imponibile INPS	50 =
	450

Tale differenza deve essere rapportata all'imponibile del fondo ovvero:

$(450:50.000) \times 100 = 0,90\%$ —▶ da versare a previdenza complementare

2° esempio – Ex Spimi (Area Professionale) iscritto alla Cassa SPIMI

Imponibile INPS al 31.12.10: € 35.000,00

Imponibile fondo previdenziale (TFR) al 31.12.10: € 32.000,00

Nuovo contributo dipendente al Fondo Sanitario al 1.1.2011: 1% su imponibile INPS

Vecchio contributo dipendente alla Cassa SPIMI: 0,80% su imponibile TFR – 0,50% su imponibile INPS

1) Garanzia dello 0,50%:

$35.000,00 \times 0,50\% = 175 \longrightarrow 175,00 : 32.000 = 0,546\%$ da versare a previdenza complementare

2) Garanzia differenza aliquota:

1% su imponibile INPS	350,00 -
0,80% su imponibile TFR	256,00 =
	<hr/>
	94,00

Tale differenza deve essere rapportata all'imponibile del fondo ovvero:

$(94,00 : 32.000) \times 100 = 0,295\% \longrightarrow$ da versare a previdenza complementare

3) Totale differenza aliquota: $0,546\% + 0,295\% = 0,841\%$

3° esempio – Part time ex BAV iscritto alla Cassa Intesa

Part time: 66,67%

Imponibile INPS al 31.12.10: € 35.000,00

Imponibile fondo previdenziale (TFR) al 31.12.10: € 32.000,00

Nuovo contributo dipendente al Fondo Sanitario al 1.1.2011: 1% su imponibile INPS

Vecchio contributo dipendente alla Cassa Intesa: 0,30% su imponibile INPS

Differenza aliquota al 31.12.10:

1% su imponibile INPS	350 -
0,30% su imponibile INPS	105 =
	<hr/>
	245

Tale differenza deve essere rapportata all'imponibile del fondo ovvero:

$(245 : 32.000) \times 100 = 0,766\% \longrightarrow$ da versare a previdenza complementare

4° esempio – Part time iscritto al FIA Cariparo

Part time: 66,67%

Imponibile INPS al 31.12.10: € 35.000,00

Imponibile fondo previdenziale (TFR) al 31.12.10: € 32.000,00

Nuovo contributo dipendente al Fondo Sanitario al 1.1.2011: 1% su imponibile INPS

Vecchio contributo dipendente al FIA: 0,50% su imponibile Cassa Previdenza + 2% sulla differenza rispetto al full time (quota datoriale)

Differenza aliquota al 31.12.10:

1% su imponibile INPS	350,00 -
0,50% su imponibile TFR	160,00 =
	<hr/>
	190,00

Tale differenza deve essere rapportata all'imponibile del fondo ovvero:

$$(190,00:32.000) \times 100 = 0,593\% \longrightarrow \text{da versare a previdenza complementare}$$

5° esempio – Ex Spimi (Quadro Direttivo di terzo e quarto livello) iscritto alla Cassa SPIMI con massimale:

Imponibile INPS al 31.12.10: € 80.000,00

Imponibile fondo previdenziale (TFR) al 31.12.10: € 75.000,00

Vecchio massimale Cassa Spimi (QD3-QD4): € 65.242,12

Nuovo massimale Fondo: € 100.00,00

Nuovo contributo dipendente al Fondo Sanitario al 1.1.2011: 1% su imponibile INPS

Vecchio contributo dipendente alla Cassa SPIMI: 0,91% su imponibile TFR – 0,50% su imponibile INPS

1) Garanzia dello 0,50%:

$$80.000,00 \times 0,50\% = 400,00 \longrightarrow 400,00:75.000,00 = 0,533\% \text{ da versare a previdenza complementare}$$

2) Garanzia differenza aliquota:

1% su vecchio massimale

652,42 -

0,91% su vecchio massimale

593,70 =

58,72

Tale differenza deve essere rapportata all'imponibile del fondo ovvero:

$$(58,72:105.000) \times 100 = 0,056\% \longrightarrow \text{da versare a previdenza complementare}$$

3) Totale differenza aliquota: 0,533% + 0,056% = 0,589%

7) MODALITA' DI ADDEBITO DELLE CONTRIBUZIONE

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

Gli apporti contemplati per gli "iscritti in quiescenza", sono addebitati sul conto corrente dell'iscritto in rate mensili e contestualmente versati al Fondo Sanitario, a far tempo dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello di cessazione del rapporto di lavoro. Il debito contributivo relativo all'anno di cessazione è assolto in unica soluzione a valere – ove possibile – sulle competenze di fine rapporto.

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

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

8) PRESTAZIONI

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

In via transitoria, dette prestazioni sono erogate tramite polizza sanitaria:

- I. relativamente al personale in servizio indicato al punto c) del capitolo 1, come di seguito precisato:
 - a. per tutti i dipendenti di Imi Fondi Chiusi, di Epsilon Sgr, di Neos Finance ex Leasint e i dipendenti beneficiari della polizza ex Banco di Napoli nonché per il personale delle Società del Gruppo elencate in premessa, già beneficiario della copertura sanitaria PreviGen, con fruizione per gli esercizi 2011 e 2012 della copertura sanitaria già prevista per ciascuna società per il 2010;
 - b. per tutti i dipendenti delle Società Banca di Trento e Bolzano, Banca CR Firenze, Banca Fideuram, Cassa dei Risparmi di Forlì e della Romagna, Cassa di Risparmio di Civitavecchia, Cassa di Risparmio di Terni e Narni, Centro Leasing Banca, Centro Leasing Rete, Centro Factoring, Fideuram Investimenti sgr, Fideuram Fiduciaria, Mediofactoring, San Paolo Invest SIM, con fruizione per 2 esercizi, e cioè fino al 31 dicembre 2012, delle prestazioni della polizza assicurativa sanitaria di cui all'allegato 2 sottoscritta per il tramite del "Fondo Sanitario";
 - c. per tutti i dipendenti delle Società Cassa di Risparmio di Foligno, Cassa di Risparmio di Spoleto, Cassa di Risparmio della Provincia di Viterbo, Cassa di Risparmio di Ascoli Piceno, Cassa di Risparmio di Rieti, Cassa di Risparmio di Città di Castello, Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia, Neos Finance, Moneta, con fruizione per 3 esercizi, e cioè fino al 31 dicembre 2013, delle prestazioni della polizza assicurativa sanitaria di cui all'allegato 2 sottoscritta per il tramite del "Fondo Sanitario".
- II. relativamente al personale in quiescenza indicato al punto d) del capitolo 1, questo potrà fruire a richiesta, a decorrere dal 1° gennaio 2011, per un periodo pari a:
 - a. 2 anni, e cioè sino al 31 dicembre 2012, se la risoluzione del rapporto di lavoro/maturazione del diritto a pensione è avvenuta nel corso del 2009/2010;
 - b. 3 anni, e cioè sino al 31 dicembre 2013, se la stessa è avvenuta nel corso del 2007/2008.

Si precisa inoltre che, sempre in via transitoria il Personale in quiescenza di Banca CR Firenze e di Mediofactoring sgr allo stato beneficiario della polizza assicurativa aziendale potrà richiedere l'iscrizione al "Fondo Sanitario" sempre dal 1° gennaio 2011 con applicazione del complessivo ordinamento statutario e fruizione da tale data per un biennio della copertura sanitaria definita nell'Appendice 2 allegata.

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

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

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

In particolare, laddove la somma del rimborso ottenibile da terzi e quello ottenibile in applicazione del "Regolamento delle prestazioni", separatamente considerati, superino i massimali rimborsabili ai sensi del Regolamento stesso, il Fondo Sanitario darà corso al rimborso delle quote rimaste a carico dell'iscritto anche in

misura superiore al suddetto limite, comunque entro il tetto massimo della spesa effettivamente sostenuta e rimasta a carico. Laddove sia applicabile la modalità di rimborso differito, il rimborso delle quote rimaste a carico dell'iscritto, per la parte eccedente i massimali previsti, verrà effettuato entro il 30 giugno dell'anno successivo rispetto a quello di presentazione della richiesta di rimborso, sulla base del risultato di esercizio della gestione di pertinenza, in subordine all'erogazione delle prestazioni di cui alla cosiddetta "soglia delle risorse vincolate" di cui al D.M. 27/10/2009 ed all'erogazione delle prestazioni sostenute dagli iscritti portatori di handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 Legge 104/1992.

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

Nei confronti dei dipendenti di Cassa di Risparmio di Foligno, Cassa di Risparmio di Terni e Narni e Cassa di Risparmio di Viterbo le coperture previste dalla polizza sanitaria di cui all'allegato 2 opereranno unicamente ad integrazione ed in via sussidiaria rispetto alle coperture previgenti sino alla scadenza della precedente polizza prevista nel corso del primo semestre del 2011.

Si precisa che:

- in caso di cessione individuale del rapporto di lavoro tra le Società elencate in premessa successivamente al 1° gennaio 2011, i dipendenti conserveranno la copertura sanitaria in essere all'atto del passaggio sino al termine dei periodi indicati e alle condizioni stabilite nel presente capitolo. Da tale data i dipendenti medesimi saranno destinatari delle prestazioni di cui al "Regolamento delle prestazioni"(allegato 1).
- i dipendenti beneficiari della polizza ex Banco di Napoli ed i dipendenti di Imi Fondi Chiusi il cui contratto di lavoro sia stato oggetto di cessione individuale nel corso del 2010 a Società destinatarie di polizza sanitaria manterranno per il biennio 2011/2012 la medesima copertura fruita al momento della cessione.

9) RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI

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

Si segnala altresì che, le spese sostenute a fronte delle prestazioni di cui al "Regolamento delle prestazioni" (vedi allegato) sono liquidate nella misura dell'80% della somma spettante ad eccezione di quanto appresso specificato:

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

Tali prestazioni restano pertanto erogabili, nei limiti previsti, in via immediata e senza applicazione di franchigie, scoperti minimi, né quote differite.

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

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

Il rimborso delle prestazioni di cui all'Appendice 2 verrà effettuato con le modalità che verranno rese note tramite apposita comunicazione.

10) MODALITA' E TEMPISTICHE DI LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Gli oneri economici sostenuti dagli iscritti sono rimborsati ogni qual volta raggiungano, in somma, almeno l'importo di € 100,00 ovvero, ove non si pervenga a tale cifra, a seguito di istanza avanzabile dal mese di ottobre dell'anno di competenza.

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

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

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

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

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

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

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

Il rimborso delle prestazioni di cui all'Appendice 2 verrà effettuato con le modalità che verranno rese note tramite apposita comunicazione.

11) 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 2010 € 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) e le rivalse applicate.

12) CALL CENTER

Si informa che dal 1° dicembre 2010 è operativo il servizio di call center ed assistenza di Previmedical per le informazioni relative al passaggio al nuovo Fondo Sanitario.

Il Contact Center risponderà ai seguenti numeri:

- Recapiti Telefonici
 - numero verde gratuito per chiamate da rete fissa: 800.083778
 - numero a pagamento per chiamate da rete mobile: 199.284837
 - numero a pagamento per chiamate dall'estero: +39 041.5915055
- Recapiti e_mail: contactcenter.fsi@previmedical.it

13) SITO INTERNET

Le informazioni sul "Fondo Sanitario", con specifico riguardo a Statuto, circolari, modulistica, strutture convenzionate ed alle funzionalità relative a richieste di rimborso e aggiornamento nucleo beneficiario, sono disponibili sul sito internet del Fondo Sanitario www.fondosanitariointegrativogruppintesanpaolo.it

Il primo accesso, per la compilazione della modulistica d'adesione, va effettuato con login e password personali trasmessi a ciascun interessato con e_mail nella casella di posta aziendale.

Allegati:

1. [Regolamento delle prestazioni](#)
2. [Appendice 2 - Polizza sanitaria](#)