

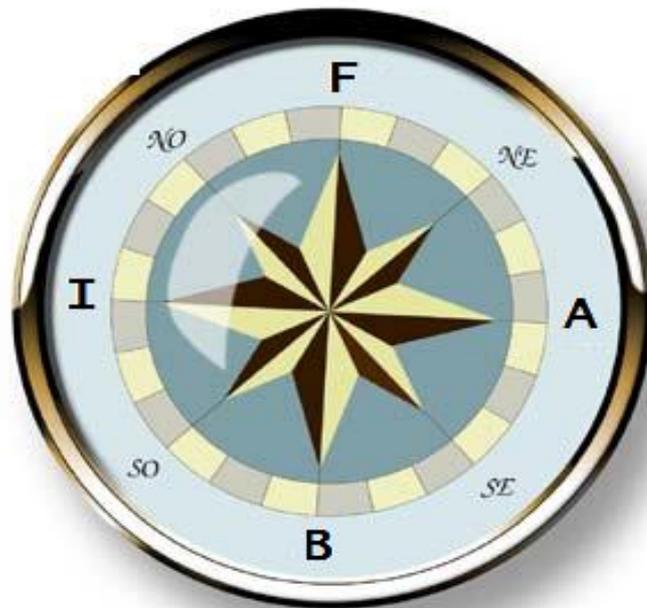
La Bussola



INTESA  SANPAOLO

LA BUSSOLA

**FONDO SANITARIO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO
SCADENZA POLIZZA SANITARIA SOCIETA' GRUPPO**



INTESA  SANPAOLO



FONDO SANITARIO DI GRUPPO INTESA SANPAOLO

Dal **primo gennaio 2013** i colleghi già fruitori della polizza sanitaria entrata in vigore il 1° gennaio 2011 per un periodo di due anni sono entrati automaticamente a far parte del Fondo Sanitario del Gruppo IntesaSanpaolo.

Entro il 14 gennaio verranno aggiornate le anagrafiche sul sito del fondo www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it

I colleghi interessati appartengono alle seguenti Aziende:

- Banco di Napoli
- Imi Fondi Chiusi
- Società del Gruppo beneficiare di copertura PREVIGEN (Ex dirigenti Gruppo Intesa)
- Banca di Trento e Bolzano
- Banca Cr Firenze
- Banca Fideuram+
- Cassa di Risparmio di Forlì e della Romagna
- Cassa di Risparmio di Civitavecchia
- Centro Leasing Banca
- Centro Leasing Rete
- Centro Factoring
- Fideuram Investimenti SGR
- Fideuram fiduciaria
- Mediofactoring
- San Paolo Invest SIM

Il Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesasanpaolo si fonda su principi di solidarietà, mutualità e universalità e permette di ottenere un giusto equilibrio tra le generazioni e il progressivo inserimento dei lavoratori delle società del Gruppo superando così le disuguaglianze in essere in campo sanitario.

La solidarietà tra dipendenti in servizio e pensionati è una risposta concreta all'innalzamento dell'attesa di vita e dei tempi di vecchiaia che significherà in futuro un significativo allargamento di associati con esigenze sanitarie e di cure.

L'ampiezza delle prestazioni sanitarie previste e la flessibilità nel loro ampliamento sono determinanti rispetto al progressivo arretramento della Sanità Pubblica che sta colpendo i lavoratori, i pensionati e le loro famiglie.

Sono previste due gestioni contabili separate tra iscritti in servizio e pensionati, con uguali contribuzioni complessive e prestazioni e i seguenti meccanismi di solidarietà:

- Ripartizione del patrimonio del nuovo fondo (costituito con la somma dei patrimoni esistenti nelle tre casse esistenti) tra le due gestioni in proporzione al numero degli iscritti in servizio e in quiescenza.
- Riversamento annuo del 4% della contribuzione complessiva (al netto di quanto pagato per le polizze) della gestione iscritti in servizio, se in equilibrio, a quella dei pensionati. In caso di squilibrio la somma sarà ridotta tanto quanto l'ammontare del disavanzo.

- Trasferimento annuo di quote di patrimonio dalla gestione iscritti in servizio a quella dei pensionati in base al numero dei pensionamenti dell'anno con continuità di iscrizione al fondo.

NORME STATUTARIE relative ai beneficiari del Fondo

Iscritti in servizio: tutti coloro che vengono iscritti al "Fondo Sanitario"

Iscritti in quiescenza: dipendenti che cessino il rapporto di lavoro con diritto a trattamento pensionistico.

Familiari fiscalmente a carico:

- Coniuge in assenza di separazione legale
- Figli (anche adottati, in affidamento preadottivo, 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 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 (a oggi euro 2840,51 lordi annui) per i quali l'iscritto goda dei benefici di legge anche in quota parte.

Per gli ALTRI FAMIGLIARI 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

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

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.

SCADENZE e revoche

- L'iscritto in servizio può inoltre **revocare** l'iscrizione, **sempre 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 (uniche eccezioni coloro che cessino dal rapporto di lavoro con pensione di inabilità a carico dell'AGO; e gli iscritti al fondo che maturino trattamento alla pensione tra il 1 gennaio 2011 e il 31 dicembre 2015 senza maturare i 5 anni contributivi) saranno denominati "**iscritti in quiescenza**".
- 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 quando:

- 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.

- 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.

CONTRIBUZIONE e ristorni individuali

Quota aziendale a carico di Intesa Sanpaolo è fissa e disposta dagli accordi aziendali:

Dal 2012 pari a € 932,40 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%	1,30	0,90%
Personale in quiescenza	3% su pensione AGO	+ 0,10%	3,30	0,90%

- Le contribuzioni previste a carico degli iscritti e dei relativi familiari beneficiari sono applicate sull'imponibile ai fini INPS con i seguenti limiti reddituali: per l'anno 2012 di Euro 103.200 da rivalutarsi annualmente in base all'indice Istat di variazione dei prezzi al consumo per le famiglie rilevato al 31 dicembre di ogni anno.
- Le contribuzioni previste a carico degli iscritti in quiescenza e dei relativi familiari beneficiari sono applicate su tutte le voci della pensione AGO comunicata all'atto del pensionamento, rivalutato annualmente in base alla dinamica perequativa prevista dall'INPS.
- **Il maggior carico contributivo dei dipendenti, a seguito dell'applicazione delle nuove aliquote contributive, verrà compensato dall'Azienda con uno specifico versamento all'interno del Fondo pensione del Gruppo a cui il dipendente stesso risulta iscritto.**
- Part time: la contribuzione è determinata in rapporto al corrispondente lavoro a tempo pieno.
- Contribuzioni personale assente: il personale assente senza retribuzione pagherà una contribuzione calcolata sull'imponibile figurativo che avrebbe in servizio. Al rientro con la prima retribuzione sarà effettuato l'addebito (anche rateizzabile in 12 rate).

Contribuzioni pregresse					
Cassa Intesa		Cassa Spimi		Cassa Spimi	
Assunti dal gennaio 2003	1%	dal gennaio 2009	0,80% Su imponibile TFR	Ex Sanpaolo BDA EURIZON CAPITAL Polizza ex Banco Napoli	0,80%su imp. TFR con la retrocessione di 0,50% su imp. Inps Retrocessione 0,50% utilizzata oggi parzialmente per polizza e revenienza a previdenza
Ex BAV	0,30%	Ex BNC	0,80% dal 1996		
Ex Cariplo	1,10%	Dipendenti e neo assunti Carisbo Carifvg CariVE e opzione per neo assunti Intesa Sanpaolo I.S.G.S. e Banca Prossima	0,80% Su imponibile TFR Dal 1/1/2009		
Ex Comit	0,10%				
Ex Mediocredito	1,10%				

Compensazioni Individuali

- **Ristorni personale ex Banco Napoli:** beneficiario della Polizza ex Banco 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.
- **Ristorni a personale in quiescenza del Mediofactoring e Banca CR Fi:** per i pensionati di queste aziende che richiedano l'iscrizione al nuovo Fondo, e solo in questo caso, verranno mantenute le contribuzioni aziendali oggi previste per loro a scomputo di quanto dovuto al nuovo fondo da ciascun iscritto.
- **Accantonamenti individuali derivanti da contribuzione differita:** gli iscritti alla Cassa Sanpaoloimi che risultino titolari di accantonamenti ad efficacia differita continueranno ad utilizzare gli accantonamenti stessi.

Per calcolare tutte le compensazioni individuali occorre:

- Calcolare la cifra pagata al vecchio fondo (% precedente su imponibile precedente)
- Calcolare la cifra nuova (%nuova su nuovo imponibile se diverso)
- Il confronto delle due cifre darà l'importo da recuperare sul fondo previdenziale. Sarà tramutato in % da applicare all' imponibile ai fini Inps

PRESTAZIONI

PRESTAZIONI OSPEDALIERE – principi generali

Ricovero in Istituto di Cura per infortunio/malattia (con o senza intervento chirurgico), di 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 franchigia del 20% per evento.

In caso parto cesareo o aborto € 7.800 per evento.

In caso di parto non cesareo € 3.500 per evento.

Franchigia € 500 in caso di ricovero senza intervento chirurgico (escluso il parto, dialisi, diabete) di durata inferiore a 5 giorni (4 notti).

- 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.



- 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./anno (raddoppiati per i grandi eventi patologici). In caso di parto non cesareo l'indennità prevista è erogata per un importo minimo di 500 euro, 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

Sono mantenuti i canali preesistenti nelle precedenti casse per le convenzioni:

- **Convenzioni dirette (ex Cassa Intesa)**
- **Convenzioni Previmedical**
- **Accesso al circuito privato**

<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

Tipologia	Massimale annuo per nucleo familiare	Franchigia
Angiografia, Chemioterapia, Dialisi, Doppler-Ecodoppler, Elettroencefalogramma, Diagnostica	<p>€15.000</p> <p>€ 30.000 in caso di grandi eventi patologici</p>	<p>20%</p> <p>(escluse le spese di dialisi)</p>

endoscopica, Holter, Mielografia, 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		se prestazioni erogate presso centro convenzionati prevista quota fissa di 50 euro
--	--	--

Prestazioni specialistiche

Tipologia	Massimale annuo per nucleo familiare	Franchigia
Prestazioni specialistiche ambulatoriali e domiciliari	€ 3.000 per l'anno 2011 € 3.500 per l'anno 2012 € 4.000 per l'anno 2013	30%; Se erogati da medici e centri convenzionati prevista quota fissa di 20 euro per visita, e 35 euro per diagnostica
Di cui per trattamenti fisioterapici e rieducativi	€ 800	
Protesi auditive	€ 2.000	Nessuna franchigia
Mezzi correttivi oculistici	€ 450	30%
Interventi correttivi dei difetti visivi	€1.500	20%
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 €75	30% ===
Protesi e apparecchi resi necessari da perdite o menomazioni invalidanti Sono altresì rimborsate gli oneri sostenuti per: • protesi e apparecchi ausiliari e/o terapeutici	€ 3.000 Con massimale annuo di € 600	Nessuna franchigia

<p>che non rientrino al punto precedente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latte in polvere per neonati entro i primi 6 mesi con prescrizione medica e limite di euro 300 per neonato • Medicinali reperibili solo all'estero o non erogati o parzialmente erogati in regime di convenzione SSN con prescrizione di enti ospedalieri 		
Cure per disintossicazioni	€ 1.500	30%
Interventi psicoterapeutici o psicoanalitici anche comportanti ricovero in Istituto di Cura	€ 1.500	30% (min. € 25 a visita)



MODALITÀ DI RIMBORSO

Le richieste di rimborso possono essere inoltrate ogni qualvolta il totale sia di almeno 100 euro per nominativo, in caso contrario l'invio può essere effettuato dal mese di ottobre.

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

Le spese, decurtate dalle franchigie, sono liquidate per l'80% a seguito della richiesta e per il 20% 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.

In caso di risultato di esercizio positivo, 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 (non superiore al 10%) del patrimonio della gestione di pertinenza, esistente al 1° gennaio dell'anno considerato, con priorità per le spese sostenute dagli iscritti portatori di handicap in situazione di gravità accertata ai sensi della Legge 104/1992.