

VERBALE DI ACCORDO

Il giorno _____, in Milano

tra

- Intesa Sanpaolo S.p.A., anche nella qualità di Capogruppo

e

- le Organizzazioni Sindacali

di seguito definite le Parti, anche nella loro qualità di Fonti Istitutive della Cassa per l'assistenza sanitaria per il Personale del Gruppo Intesa (di seguito Cassa Intesa) e della Cassa assistenza Sanpaolo IMI (di seguito Cassa Spimi),

premesso che

- l'articolo 26 del CCNL stabilisce che l'assistenza sanitaria sia una delle materie demandate alla contrattazione integrativa aziendale e l'art. 20 dello stesso consente di trattare tale materia a livello di Gruppo;
- le Parti, con l'Accordo di Programma del 14 febbraio 2007, avevano a suo tempo individuato l'assistenza sanitaria integrativa tra gli argomenti oggetto di prioritario intervento di armonizzazione;
- con il Verbale di percorso 5 agosto 2010 le Parti hanno fissato i principi ispiratori e le linee guida per la costituzione del "Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo", fondo sanitario integrativo del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito "Fondo Sanitario");
- nella realizzazione dello stesso, le Parti, con l'obiettivo di rafforzare l'identità del Gruppo ed il senso di appartenenza, hanno condiviso quali valori di prioritario riferimento la solidarietà, la mutualità e la sostenibilità, anche mettendo a fattor comune la proficua esperienza maturata dalle Casse operanti nel Gruppo e valorizzando ulteriormente il sistema di welfare già esistente;
- le medesime hanno di conseguenza previsto la confluenza nel "Fondo Sanitario" della Cassa Intesa e della Cassa Sanpaolo da loro stesse istituite in favore degli iscritti dipendenti e pensionati di Intesa Sanpaolo e di Società già facenti parte del Gruppo ex Intesa e del Gruppo ex Sanpaolo, con conseguente successione nei rispettivi patrimoni, comprensivi ovviamente di tutte le inerenti attività e passività e contestuale esaurimento funzionale delle due indicate Casse;

alla luce anche

del D. Min. Lavoro e Salute del 27 ottobre 2009 e del precedente D. Min. Salute del 31 marzo 2008, ed in particolare della istituzione dell'Anagrafe Sanitaria

si conviene quanto segue

- 1.** La premessa costituisce parte integrante e sostanziale del presente accordo.

2. COSTITUZIONE

E' istituito il "Fondo Sanitario" integrativo del Servizio Sanitario Nazionale quale Associazione non riconosciuta ai sensi dell'art. 36 C.C., con operatività dal 1° gennaio 2011; nel rispetto delle disposizioni di legge e di contratto, esso acquisirà, nel più breve tempo possibile, personalità giuridica, secondo le disposizioni in materia.

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 e degli iscritti in quiescenza, con equilibrio annuale autonomo delle separate gestioni, come meglio specificato al capitolo 5 dello Statuto.

Il "Fondo Sanitario" è regolato, oltre che dalle previsioni del presente accordo e dall'allegato 1, dalle disposizioni attuative e dalle tabelle 1 e 2, dallo Statuto, dal Regolamento delle Prestazioni (di seguito "Regolamento") e dalle ulteriori Appendici 1 e 2, che formano parte integrante e sostanziale del medesimo.

3. ORGANI COLLEGIALI

Le Parti contraenti, nella loro qualità di Fonti Istitutive, designeranno, in conformità alla norma transitoria dello Statuto, entro il 31 ottobre 2010, i componenti del Consiglio di Amministrazione, nonché avuto riguardo alla rappresentatività delle diverse componenti firmatarie, il Collegio dei Sindaci e l'Assemblea dei Delegati. Detti organi resteranno in carica per il primo biennio.

Nella prospettiva di realizzare un unico regime, il Consiglio di Amministrazione costituirà una Commissione ad hoc con l'intento di massimizzarne l'economicità della gestione, intervenendo sulle reti convenzionali in essere.

In attuazione di quanto precede i Consigli di Amministrazione della Cassa Intesa e della Cassa Spimi, sul presupposto della concordata confluenza integrale delle disponibilità delle predette Casse nel "Fondo Sanitario", entro il 31 dicembre 2010 delibereranno di far confluire le risorse finanziarie, ivi comprese le riserve, delle due Casse nel "Fondo Sanitario" stesso, secondo quanto stabilito nel presente accordo e previo adempimento degli obblighi di rimborso nei confronti degli iscritti per richieste relative a prestazioni fruita a tutto il 31 dicembre 2010.

Ciascuno dei Consigli di Amministrazione, definite le pendenze della Cassa, redigerà apposito bilancio di chiusura delle attività dell'Ente, sottoponendolo alla verifica del rispettivo Collegio Sindacale e disporrà il conseguente accredito del residuo al "Fondo Sanitario", secondo quanto stabilito al successivo capitolo 4.

4. SOLIDARIETA'

Le Parti stabiliscono che, nell'accredito al "Fondo Sanitario", le disponibilità rivenienti siano 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.

5. EQUILIBRIO DELLA GESTIONE

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 capitolo 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, le Fonti Istitutive si incontreranno per definire in via strutturale i criteri prioritari di copertura degli eventuali squilibri nelle singole gestioni.

6. BENEFICIARI

Nel rispetto delle previsioni statutarie in argomento, tenuto conto della volontà delle Parti di rendere operativo il Fondo Sanitario a beneficio di tutto il Personale del Gruppo Intesa Sanpaolo, viene iscritto dal 1° gennaio 2011, salvo facoltà di recesso da esercitarsi entro il 30 aprile 2011, il personale in servizio ed in quiescenza delle Società di cui all'allegato 1 del presente accordo, con le specificità dettagliate nelle disposizioni attuative.

7. CONTRIBUZIONI

Dal 1° gennaio 2011 le contribuzioni corrisposte al "Fondo Sanitario" per i relativi iscritti assorbono integralmente e si sostituiscono a quelle già versate in precedenza, fino a tutto il 2010, alle Casse Intesa e Spimi, la cui funzionalità va esaurendosi, ovvero a copertura delle prestazioni di assistenza sanitaria garantite tramite polizza assicurativa, con cessazione integrale degli effetti dei precedenti accordi sottoscritti dalle Aziende del Gruppo, di cui le parti dispongono comunque la disdetta con effetto coincidente con l'applicazione del presente accordo.

La contribuzione aziendale è prevista e sarà, conseguentemente, erogata al "Fondo Sanitario" solo a favore degli iscritti in servizio in cifra fissa annua uguale per ciascun Dipendente, nella misura stabilita nell'Appendice 1 allo Statuto.

Le contribuzioni a carico degli iscritti sono determinate, secondo le modalità definite nello Statuto, nelle misure indicate nell'Appendice 1 dello stesso.

8. PRESTAZIONI

I trattamenti erogati dal "Fondo Sanitario" sono definiti nel Regolamento delle Prestazioni.

Le domande di rimborso di competenza dell'anno 2010 saranno liquidate agli aventi diritto sulla base delle regole degli statuti, regolamenti e norme operative rispettivamente della Cassa Intesa e della Cassa Spimi.

Le domande di cui sopra, presentate nel corso del 2011 secondo quanto previsto dalla normativa della Cassa SPIMI, saranno oggetto di rimborso, in via di eccezione, a valere unicamente sui massimali previsti per l'anno 2010.

9. ORGANIZZAZIONE DEL FONDO SANITARIO

La gestione amministrativa del "Fondo Sanitario" è curata da Intesa Sanpaolo, che se ne accolla i relativi oneri, con ripartizione degli stessi tra le Società aderenti sulla base del numero di iscritti, riferiti all'outsourcing completo per la gestione delle pratiche di rimborso e per la liquidazione delle prestazioni, nonché i costi fissi di struttura.

Intesa Sanpaolo si impegna inoltre ad assumere con gradualità entro il primo trimestre 2011 in una Società del Gruppo i lavoratori in servizio presso la Cassa Intesa, previa formazione/addestramento mirati alle mansioni che saranno chiamati a svolgere, a parità di onere aziendale; l'assunzione avverrà nei tempi tecnici compatibili previa espressa richiesta dei lavoratori interessati.

STATUTO

Indice

Capitolo 1 – Costituzione	pg. 2
Capitolo 2 – Beneficiari	pg. 3
Capitolo 3 – Contribuzioni e prestazioni	pg. 7
Capitolo 4 – Amministrazione	pg. 10
Capitolo 5 - Gestione	pg. 16
Capitolo 6 – Norme finali	pg. 19
Capitolo 7 – Norme transitorie	pg. 21

CAPITOLO 1 - COSTITUZIONE

Art. 1

1. In attuazione degli accordi collettivi del _____ è istituito il "Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo", fondo sanitario integrativo del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito "Fondo Sanitario", con operatività dal 1° gennaio 2011.

Art. 2

1. 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 anche in caso di perdita dell'autosufficienza, con rimborsi operati in via diretta, ovvero, in tutto od in parte, per il tramite di polizze di assistenza sanitaria, di cui risulti o si renda contraente.

Art. 3

1. Il "Fondo Sanitario" ha sede in Milano.

2. La durata del "Fondo Sanitario" comunque correlata alla permanenza della Società Capogruppo è fissata in anni 99 e può essere prorogata, una o più volte, dalle "Fonti Istitutive".

CAPITOLO 2 - BENEFICIARI

Art. 4

1. Al "Fondo Sanitario" vengono iscritti (e di seguito denominati "iscritti in servizio"), con le modalità e tempistiche stabilite dalle Fonti Istitutive, i dipendenti, assunti con contratto a tempo indeterminato o di apprendistato professionalizzante, delle:

- Società del Gruppo Intesa Sanpaolo aventi sede in Italia, concordate dalle Fonti stesse, di cui all'allegato 1;
- Fondazioni bancarie da cui siano originate Società del Gruppo, che detengano partecipazioni nel Gruppo medesimo.

2. L'"iscritto in servizio" può rinunciare all'iscrizione, in via definitiva e irrevocabile, facendo pervenire lettera raccomandata al "Fondo Sanitario", entro la fine del 4° mese successivo alla data in cui si è determinato il diritto medesimo, a valere retroattivamente dalla medesima data.

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

4. Gli "iscritti in servizio" che abbiano assolto all'obbligo contributivo per almeno cinque anni, possono mantenere l'iscrizione al "Fondo Sanitario" ove cessino dal rapporto di lavoro con diritto a trattamento pensionistico.

5. Il mantenimento dell'iscrizione di cui al comma precedente è consentito, indipendentemente dall'anzianità contributiva, in caso di cessazione del rapporto di lavoro dell'iscritto con diritto a trattamento pensionistico di inabilità a carico dell'Assicurazione Generale Obbligatoria.

6. 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.

7. Gli iscritti di cui ai commi 4, 5 e 6 (di seguito denominati "iscritti in quiescenza") devono avanzare formale richiesta di prosecuzione dell'iscrizione entro il termine del 4° mese successivo a quello della cessazione del rapporto di lavoro ovvero della data di decesso dell'iscritto.

In tal caso l'iscrizione viene mantenuta come iscritto in servizio sino al 31 dicembre dell'anno in cui avviene la cessazione del rapporto di lavoro, con pagamento della relativa contribuzione.

Analogamente si procede, nel caso di decesso dell'iscritto, nei confronti degli eventuali beneficiari, con mantenimento della relativa qualifica sino al 31 dicembre dell'anno in cui si verifica l'evento, con pagamento della relativa contribuzione.

8. L'"iscritto in quiescenza" può revocare l'iscrizione, inoltrando lettera raccomandata al "Fondo Sanitario":

- a partire dal 31 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.

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

Art. 5

1. Gli iscritti in servizio ed in quiescenza, a richiesta, possono rendere beneficiari delle prestazioni di cui sono destinatari i seguenti familiari fiscalmente a carico:

- coniuge in assenza di separazione legale;
- i figli (anche se adottati, in affidamento preadottivo o permanentemente inabili al lavoro);
- 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.

2. La facoltà contemplata dal comma che precede, ultimo alinea, è esercitabile esclusivamente nei riguardi della totalità dei familiari ivi elencati risultanti dallo stato di famiglia anagrafico dell'iscritto ed è subordinata all'avvenuta estensione delle prestazioni del "Fondo Sanitario" ai familiari di cui agli alinea 1 e 2 del comma 1 del presente articolo, ove esistenti, con l'eventuale esclusione – a richiesta – dei soli fruitori di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa.

3. Ai fini della definizione di familiare "fiscalmente a carico" prevista nel presente Statuto deve intendersi 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, di cui al comma 1, è sufficiente che ricorra il solo requisito di reddito.

4. E' altresì facoltà dell'iscritto rendere fruitori delle prestazioni del "Fondo Sanitario" i seguenti altri familiari non fiscalmente a carico:

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

5. La facoltà contemplata dal comma che precede è esercitabile esclusivamente nei riguardi della totalità dei familiari ivi elencati risultanti dallo stato di famiglia anagrafico dell'iscritto ed è subordinata all'avvenuta estensione delle prestazioni del "Fondo Sanitario" alla totalità dei familiari di cui al comma 1, con l'eventuale esclusione – a richiesta – dei soli fruitori di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa.

6. La disciplina stabilita dai commi 2 e 5 è derogata in favore del coniuge (anche di fatto).

7. Per gli iscritti legati da vincolo matrimoniale o unione di fatto la condizione fissata dai commi 2 e 5 è assoluta con riferimento alla posizione di entrambi i coniugi ed è fatto divieto di ripetere l'estensione delle prestazioni ad uno stesso nominativo da parte di più iscritti. L'aggregazione dei figli ad una delle posizioni dei genitori avviene a libera scelta dell'interessato. Tale scelta non è successivamente modificabile, ad eccezione dei casi di variazione del nucleo familiare.

8. 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.

9. Sempre nel rispetto del principio di continuità le facoltà indicate ai commi 1 e 4 possono essere esercitate entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo alla data in cui si è determinato il diritto all'estensione delle prestazioni.

10. Decorsi i termini di cui ai commi 8 e 9 l'iscritto può esercitare le facoltà previste dai commi 1 e 4 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.

Art. 6

1. All'iscritto è fatto obbligo di segnalare tempestivamente al "Fondo Sanitario" ogni variazione del proprio stato di famiglia anagrafico e/o della situazione dei carichi fiscali.

Art. 7

1. La qualifica di iscritto viene meno:

- contestualmente alla risoluzione del rapporto di lavoro senza diritto a trattamento pensionistico;
- per esercizio della facoltà di revoca contemplata dall'art. 4, comma 2, 3 e 8;
- per mancato esercizio della richiesta di cui al comma 7 dell'art. 4;
- per compimento di gravi irregolarità nei confronti del "Fondo Sanitario", ascrivibili all'iscritto od ai suoi familiari, su iniziativa del Consiglio di Amministrazione;
- per mancata corresponsione del contributo da parte dell'iscritto, anche a favore dei familiari, per oltre un anno.

2. La qualifica di familiare beneficiario viene meno:

- in caso di perdita della qualifica di iscritto da parte del dipendente, per qualsivoglia motivo;

- contestualmente al venir meno dell'iscrizione e comunque alla perdita dei requisiti prescritti per le diverse situazioni;
- dalla data di fruizione di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa derivante da contrattazione collettiva o di categoria a seguito di revoca da parte dell'iscritto;
- dal primo giorno del mese successivo al venir meno del requisito di cui all'art. 5, comma 2, a seguito di revoca da parte dell'iscritto.

3. Per gli "iscritti in servizio", la qualifica di iscritto viene inoltre meno a seguito di perdita dei requisiti di appartenenza al Gruppo Intesa Sanpaolo con il 31 dicembre dell'anno in cui si verifica l'evento, fatte salve diverse intese che dovessero intervenire tra le Fonti Istitutive.

CAPITOLO 3 - CONTRIBUTIONI E PRESTAZIONI

Art. 8

1. La contribuzione a carico del datore di lavoro, nonché a carico degli iscritti è corrisposta, per ciascun iscritto, nella misura tempo per tempo disposta dalle Fonti Istitutive, i cui inerenti accordi divengono pro-tempore parte integrante dell'ordinamento del "Fondo Sanitario" e sono riportati all'Appendice 1 al presente Statuto.
2. Analogamente le contribuzioni per familiari degli "iscritti in servizio", degli "iscritti in quiescenza" e per familiari di questi ultimi sono definiti dai medesimi accordi collettivi.
3. Le variazioni contributive disposte dalle Fonti Istitutive sono tempestivamente comunicate agli iscritti.

Art. 9

1. 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, per l'anno 2011, di € 100.000. Detto limite è rivalutato il primo gennaio di ogni anno in base all'indice ISTAT di variazione dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai rilevato il 31 dicembre dell'anno precedente.
2. Le quote percentuali 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, che sono rivalutate il primo gennaio di ogni anno in base alla dinamica perequativa prevista dall'INPS, con il limite massimo indicato al comma 1, assoggettato alle medesime rivalutazioni ivi previste.
3. Per gli "iscritti in servizio", titolari di lavoro a tempo parziale, la retribuzione imponibile è determinata in via virtuale sulla base di quella riferita al corrispondente lavoro a tempo pieno.
4. Ove l'iscritto in servizio sia assente dal servizio senza trattamento retributivo o con retribuzione ridotta, corrisponde la contribuzione dovuta per sé e per i relativi familiari beneficiari, assumendo quale base imponibile la retribuzione virtuale, che percepirebbe in servizio.
5. Il contributo contemplato dal comma che precede è addebitato all'iscritto in coincidenza della prima attribuzione retributiva successiva alla ripresa del servizio, con possibilità per il dipendente di rateizzare l'importo dovuto in un periodo massimo di 12 mesi.
6. 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 ai fini del trattamento di fine rapporto calcolata su base annua.

7. 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.

Art. 10

1. Le contribuzioni a carico del datore di lavoro sono versate anticipatamente su base annuale al "Fondo Sanitario" ovvero, per il Personale di nuova assunzione, contestualmente all'iscrizione.

2. 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".

3. 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.

4. Il debito contributivo di cui al comma 3 del presente articolo, relativo all'anno di cessazione, è assolto in unica soluzione a valere – ove possibile – sulle competenze di fine rapporto.

5. La contribuzione e le quote dovute dall'iscritto in conseguenza di modificazioni intervenute nel nucleo familiare nonché nei carichi fiscali di cui all'art. 5, per effetto dell'esercizio delle facoltà contemplate dall'articolo stesso, sono dovute dal mese in cui si è verificato l'evento.

6. In caso di perdita dei requisiti di cui all'art. 5 l'obbligo contributivo previsto dal comma che precede viene meno dal mese successivo a quello in cui si è verificato l'evento.

7. 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. Il "Fondo Sanitario" non fa luogo a rimborsi di apporti economici ad esso versati.

Art. 11

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

2. Il "Fondo Sanitario" eroga annualmente le prestazioni di cui al D.M. 27/10/2009 in misura non inferiore alla percentuale dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite agli assistiti, necessaria per fruire dei benefici di legge.

3. Il "Fondo Sanitario", ad eventuale integrazione delle prestazioni di cui al comma 1, attribuisce agli iscritti, nei limiti e nei termini previsti dalle fonti istitutive - i cui inerenti accordi divengono parte integrante dell'ordinamento dello stesso - o determinati dal

Consiglio di Amministrazione, ulteriori prestazioni per il tramite di polizze ovvero di convenzioni di cui si renda contraente.

Art. 12

1. 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.

2. Ove siano accertati abusi da parte degli iscritti, questi ultimi sono tenuti al rimborso di quanto percepito, fatti salvi gli interventi previsti nell'articolo 7 comma 1 alinea 4 e del comma 3 del presente articolo, ed eventuali comunicazioni all'Autorità Giudiziaria.

3. E' inoltre facoltà dei competenti organismi del "Fondo Sanitario" deliberare a carico dell'iscritto nei cui confronti vengano accertate gravi irregolarità la sospensione del beneficio delle prestazioni del "Fondo" medesimo per un periodo di tempo variabile in relazione all'entità dei fatti accertati, con mantenimento delle contribuzioni e proporzionando eventualmente i massimali contemplati dal "Regolamento delle Prestazioni" alla porzione di anno in cui sono ripristinate le coperture.

4. 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 presenza 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.

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

7. L'adozione dei provvedimenti prevista al comma 3 deve essere preceduta da contestazione, per iscritto, degli addebiti, con contestuale sospensione cautelare, in via d'urgenza, dell'iscritto e degli eventuali familiari beneficiari. All'interessato è concesso un termine, non inferiore a 15 giorni, per presentare eventuali giustificazioni scritte. Trascorso tale termine, il Consiglio di Amministrazione, nella prima adunanza utile, procede alla determinazione del provvedimento, anche qualora l'interessato non abbia fatto pervenire giustificazioni.

Art. 13

1. Il "Fondo Sanitario" liquida agli iscritti le prestazioni con accredito del conto corrente da loro intrattenuto, tramite ordini di pagamento.

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

CAPITOLO 4 - AMMINISTRAZIONE

Art. 14

1. Il Corpo elettorale è composto dagli iscritti in servizio ed in quiescenza. Al Corpo Elettorale compete eleggere i membri elettivi del Consiglio di Amministrazione, del Collegio dei Sindaci e dell'Assemblea dei Delegati, in base alle modalità stabilite nell'articolo 23 e dal "Regolamento Elettorale".
2. In relazione al comma che precede, ogni iscritto potrà esercitare il proprio diritto di voto anche attraverso modalità elettronica "a distanza", secondo quanto previsto dal sopra citato articolo.
3. Il Consiglio di Amministrazione informerà con un preavviso di almeno 45 giorni tutti gli iscritti sulle scadenze e sulle modalità di esercizio del diritto di voto.

Art. 15

1. Gli Organi del "Fondo Sanitario" sono:

- l'Assemblea dei Delegati;
- il Consiglio di Amministrazione;
- il Presidente;
- il Direttore;
- il Collegio dei Sindaci.

Il Direttore, i componenti del Consiglio di Amministrazione, del Collegio dei Sindaci, nonché dell'Assemblea dei Delegati non devono trovarsi nelle cause di ineleggibilità e decadenza previste dagli artt. 2383 e 2399 CC e devono essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti per gli esponenti degli intermediari finanziari (D.M. 30.12.1998 n.516), nonché di adeguata professionalità.

Art. 16

1. L'Assemblea dei Delegati è costituita da 38 delegati, di cui 18 designati dalla "Capogruppo", 18 eletti dagli iscritti in servizio e 2 eletti dagli iscritti in quiescenza, secondo le modalità stabilite nel "Regolamento Elettorale".
2. I Delegati durano in carica quattro anni e scadono l'ultimo giorno del mese successivo a quello di approvazione del quarto bilancio da essi approvato.
3. Per l'assolvimento dell'incarico di Delegato non compete emolumento alcuno.
4. Il loro mandato è rinnovabile, per un massimo di tre mandati consecutivi.
5. Ove in corso di mandato venga meno, per qualsiasi causa, un delegato, si fa luogo al subentro previsto dal "Regolamento Elettorale", il delegato subentrante resta in carica sino a conclusione del mandato in corso.

6. L'Assemblea dei Delegati, presieduta dal Presidente del Consiglio di Amministrazione, si riunisce per:

- deliberare a maggioranza assoluta le modifiche dello Statuto e, a maggioranza qualificata di $\frac{3}{4}$, lo scioglimento del "Fondo Sanitario" stesso;
- approvare il bilancio consuntivo, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di competenza;
- deliberare su tutti gli altri argomenti attinenti la gestione del "Fondo Sanitario" riservati alla sua competenza dal presente Statuto o sottoposti al suo esame dal Consiglio di Amministrazione.

Art. 17

1. Il Consiglio di Amministrazione è composto da:

a) 9 componenti designati dalla "Capogruppo";

b) 9 componenti appartenenti agli categoria degli iscritti in servizio ed eletti, ai sensi del successivo articolo 23 e del "Regolamento Elettorale", dai medesimi iscritti in servizio;

c) un componente appartenente alla categoria degli iscritti in quiescenza, eletto ai sensi del successivo articolo 23 e del "Regolamento Elettorale", dai medesimi iscritti in quiescenza;

2. I Consiglieri durano in carica quattro anni e scadono l'ultimo giorno del mese successivo a quello di approvazione del quarto bilancio da essi deliberato.

3. Il loro mandato è rinnovabile, per un massimo di tre mandati consecutivi.

4. Qualora durante il quadriennio vengano a mancare uno o più Consiglieri:

- se trattasi di Consigliere designato dalla "Capogruppo", quest'ultima provvede a sostituirlo;
- se trattasi di Consigliere elettivo si fa luogo al subentro previsto dal "Regolamento Elettorale".

5. I Consiglieri di cui al comma precedente restano in carica sino al termine del mandato del Consiglio.

6. Per l'assolvimento dell'incarico di Consigliere non compete emolumento alcuno.

7. La funzione di Consigliere svolta dai soggetti di cui al comma 1, lett. b), è considerata attività di servizio.

8. La cessazione del rapporto di lavoro per causa diversa dal pensionamento, comporta la contestuale decadenza dalla carica dei Consiglieri di cui al comma 2 lettera b).

Art. 18

1. Il Consiglio di Amministrazione assume ogni deliberazione utile od opportuna circa l'attività e la gestione del "Fondo Sanitario".

2. In particolare il Consiglio, a mero titolo indicativo:

- nomina il Presidente ed il Vicepresidente secondo quanto stabilito dall'art. 20 comma I;
- nomina il Direttore, su proposta della "Capogruppo";
- assume le necessarie determinazioni in ordine alla gestione del patrimonio ed alla gestione contabile e amministrativa;
- approva il bilancio preventivo e sottopone quello consuntivo all'Assemblea dei Delegati;
- gestisce il piano degli impieghi temporanei delle disponibilità liquide e dei flussi degli esborsi;
- esprime il proprio preventivo gradimento circa l'entità amministrativa di cui all'art. 28;
- controlla l'efficacia/funzionamento della gestione amministrativa delle pratiche di rimborso;
- assume i provvedimenti anche di tipo sanzionatorio nei confronti degli Iscritti, su proposta del Presidente;
- nomina il consulente sanitario con funzioni di controllo sulle liquidazioni, sulla qualità delle convenzioni, e su ogni altro aspetto di carattere sanitario;
- attribuisce a società esterne l'attività di revisione del bilancio;
- definisce le modalità di conservazione dei dati personali, sensibili e non, secondo le disposizioni operanti in relazione all'attività sanitaria della "Fondo Sanitario", ed attribuisce la responsabilità del relativo trattamento al Direttore;
- definisce il modello organizzativo del "Fondo Sanitario", anche in applicazione delle normative di legge tempo per tempo vigenti;
- delibera l'avvio di verifiche ispettive periodiche;
- delibera le modifiche da apportare allo Statuto discendenti dalle disposizioni di legge e, ove si renda necessario, definisce l'applicazione, in via interpretativa, delle norme statutarie aventi a riferimento il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro delle imprese creditizie, finanziarie e strumentali, a favore degli iscritti beneficiari di contratto collettivo di altro settore merceologico;
- delibera l'aggiornamento dei Grandi Interventi Chirurgici, dei Grandi Eventi Patologici, dei trattamenti equiparati ad intervento chirurgico e delle prestazioni specialistiche di c.d. alta diagnostica;
- delibera circa la sottoscrizione di convenzioni sanitarie od analoghe intese volte a favorire la salvaguardia della salute degli iscritti ed a calmierare gli oneri del "Fondo Sanitario", provvedendo ad un costante monitoraggio per verificarne l'efficienza e la sostenibilità economica;
- determina l'eventuale sostituzione delle certificazioni anagrafiche con idonee autocertificazioni e definisce i limiti entro i quali gli iscritti possono in tal modo comprovare comunque la sussistenza dei requisiti statuari per beneficiare delle prestazioni;
- in presenza di disponibilità economiche determina l'avvio di campagne di prevenzione tra gli Iscritti ed il riconoscimento di prestazioni assistenziali aggiuntive anche attraverso la sottoscrizione di polizze assicurative;
- può istituire al proprio interno un Comitato Esecutivo, definendone la composizione, le modalità di funzionamento e le relative deleghe, nel rispetto delle competenze assegnate dal presente Statuto al Consiglio di Amministrazione.

Art. 19

1. Il Consiglio di Amministrazione si riunisce (anche in "video/call conference" o con le eventuali altre modalità "a distanza" tempo per tempo individuate) di massima almeno ogni quattro mesi e, comunque, in ogni circostanza in cui sia opportuno, previa convocazione del Presidente, sia di propria iniziativa sia a richiesta scritta di almeno otto Componenti, ovvero del Collegio dei Sindaci.

2. La convocazione del Consiglio avviene per iscritto, con preavviso di almeno sette giorni.

3. Per la validità delle deliberazioni è necessaria la presenza di almeno dieci Consiglieri, di cui sei elettivi.

4. Il Consiglio di Amministrazione delibera a maggioranza dei presenti, ad eccezione delle seguenti materie:

- nomina del Direttore, su proposta della "Capogruppo",
- utilizzo del patrimonio, nel limite massimo del 10% del patrimonio delle singole gestioni,

per cui è richiesto il voto favorevole di almeno due terzi dei componenti il Consiglio.

5. Al Consiglio di Amministrazione partecipa, per l'istruttoria delle pratiche, il Direttore.

6. Le deliberazioni del Consiglio di Amministrazione, redatte dal Direttore, sono riportate sul libro dei verbali e sono sottoscritte dal Presidente o, in sua assenza, dal Vice Presidente.

Art. 20

1. Il Presidente ed il Vice Presidente sono eletti dal Consiglio di Amministrazione del "Fondo Sanitario", per 24 mesi, alternativamente, tra i consiglieri designati dalla "Capogruppo" e quelli eletti in rappresentanza dei dipendenti iscritti.

2. Il Presidente (ed in caso di sua assenza o impedimento il Vice Presidente) è il legale rappresentante del "Fondo Sanitario".

3. Il Presidente, in particolare:

- convoca e presiede il Consiglio di Amministrazione;
- vigila sull'esecuzione delle relative deliberazioni e sull'andamento dell'attività del "Fondo Sanitario";
- può assumere, in caso di comprovata urgenza e sentito il Vice Presidente, le determinazioni che giudichi indispensabili - eccettuate quelle attinenti all'approvazione del bilancio -, sottoponendola a ratifica del Consiglio di Amministrazione in occasione della prima riunione successiva.

Art. 21

1. Il Direttore:

- predispone le pratiche da sottoporre al Consiglio di Amministrazione ed esegue le deliberazioni dal medesimo adottate;
- rappresenta il "Fondo Sanitario" nel rispetto e nei limiti del mandato ricevuto dal Presidente e/o dal Consiglio di Amministrazione;
- cura la gestione dell'attività amministrativa, contabile ed operativa dei servizi del "Fondo Sanitario";
- cura, insieme con il Presidente, la comunicazione agli iscritti;
- informa il Consiglio di Amministrazione circa l'andamento finanziario del "Fondo Sanitario";
- predispone il bilancio di ciascun esercizio da sottoporre al Consiglio di Amministrazione;
- partecipa, con funzione consultiva, alle riunioni consiliari;
- esegue ogni altra funzione delegata dal Consiglio.

Art. 22

1. Il Collegio dei Sindaci è composto da:

- un Componente designato dalla "Capogruppo", che assume la Presidenza ed un Supplente, anch'esso designato dalla "Capogruppo";
- due Componenti ed un Supplente, eletti dagli iscritti tra gli iscritti medesimi.

2. I Sindaci devono essere invitati alle adunanze del Consiglio di Amministrazione e svolgono i seguenti compiti:

- controllare le scritture contabili;
- compiere le ispezioni ed i riscontri ritenuti opportuni;
- esaminare i bilanci annuali, sui quali riferiscono per iscritto al Consiglio di Amministrazione.

3. Fermo restando il potere di accertamento sussistente in capo a ciascun Sindaco, le riunioni collegiali sono valide con la presenza di almeno due membri.

4. Le relazioni ed i verbali delle adunanze del Collegio dei Sindaci sono riportati in un libro dei verbali e sono sottoscritti dai partecipanti all'adunanza.

5. I Sindaci durano in carica quattro anni ed il loro mandato è rinnovabile, per un massimo di tre mandati consecutivi. Il quadriennio ha la stessa decorrenza di quello del Consiglio di Amministrazione. Qualora durante il quadriennio vengano a mancare uno o più Sindaci:

- se trattasi del Sindaco designato dalla "Capogruppo", subentra il Supplente designato;
- se trattasi di Sindaco elettivo, si fa luogo al subentro del Supplente eletto come previsto dal "Regolamento Elettorale".

6. I Sindaci di cui al comma che precede restano in carica sino al termine del quadriennio in corso.

7. La funzione di Sindaco svolta dai soggetti di cui al comma 1, alinea 2, è considerata attività di servizio.

8. La cessazione del rapporto di lavoro per causa diversa dal pensionamento, per i soggetti di cui al comma 1, alinea 2, comporta la contestuale decadenza dalla carica.

9. Il "Fondo Sanitario" corrisponde ai Sindaci iscritti al Registro dei Revisori Contabili un compenso fissato dal Consiglio di Amministrazione per la durata del mandato pari al minimo delle tariffe professionali dei dottori commercialisti vigenti all'atto dell'assunzione dell'incarico. .

Art. 23

1. L'elezione dei rappresentanti degli iscritti nell'Assemblea dei Delegati, nel Consiglio di Amministrazione e nel Collegio dei Sindaci avviene secondo quanto previsto dal "Regolamento Elettorale".

2. Hanno diritto di voto, quale Corpo Elettorale, gli iscritti al "Fondo Sanitario" di cui all'art. 4, tali il mese precedente quello della indizione delle elezioni.

3. Le votazioni si svolgono in via informatica – mediante sistema messo a disposizione dalla Capogruppo –, o per posta, con garanzia di espressione libera ed anonima del voto.

4. In particolare, votano per posta gli iscritti di cui all'art. 4, commi 4, 5 e 6 e gli iscritti di cui al comma 1 del medesimo articolo qualora non sia possibile utilizzare la procedura di voto elettronico o nel caso in cui risultino assenti dal servizio al momento dello svolgimento delle elezioni.

5. Il Presidente uscente del "Fondo Sanitario", entro trenta giorni dalla ricezione del verbale degli esiti elettorali da parte del Presidente del seggio elettorale, convoca gli Organi rinnovati per il loro insediamento e per l'assegnazione delle cariche previste.

CAPITOLO 5 - GESTIONE

Art. 24

1. Il "Fondo Sanitario" opera per il conseguimento delle proprie finalità con i seguenti mezzi:

- contribuzione dei datori di lavoro;
- contributi degli iscritti;
- rendimento del patrimonio;
- qualsivoglia altra entrata.

Art. 25

1. L'esercizio finanziario del "Fondo Sanitario" inizia il 1° gennaio e termina il 31 dicembre di ogni anno.

2. Per ciascun esercizio è redatto un bilancio che deve essere sottoposto per la verifica volontaria a società esterna individuata dal Consiglio di Amministrazione. Il bilancio deve essere approvato entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello cui si riferisce.

3. Ferma restando l'unitaria rappresentazione del bilancio previsto dal comma che precede, il bilancio stesso e le relative rendicontazioni devono recare separata ed autonoma evidenza dell'andamento degli apporti contributivi e degli esborsi per prestazioni di pertinenza rispettivamente della gestione degli iscritti in servizio e della gestione degli iscritti in quiescenza, con equilibrio annuale autonomo delle separate gestioni.

4. All'inizio di ogni esercizio sarà effettuato un riversamento alla gestione iscritti in quiescenza pari al 4 % del totale delle contribuzioni annue della gestione iscritti in servizio (escluso quanto sarà pagato sia dall'Azienda che dai Dipendenti per le coperture di cui all'Appendice 2 al presente Statuto) 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.

5. Si procederà inoltre, sempre con cadenza annuale, al trasferimento dal patrimonio della sezione iscritti in servizio alla 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.

6. I contributi di ingresso corrisposti dagli iscritti in servizio ed iscritti in quiescenza confluiscono nel patrimonio della relativa gestione a decorrere dal 1° gennaio dell'anno

successivo alla scadenza del percorso di ingresso di cui all'art. 33 previsto per ciascuna società.

7. Qualora, disposti gli accrediti ed i riversamenti previsti ai commi che precedono, erogate le prestazioni anche senza il pagamento della "quota differita" di cui al capitolo "Rimborsi" del Regolamento delle Prestazioni ed utilizzate le riserve nei termini stabiliti dallo Statuto, si evidenziassero comunque risultati negativi di una o entrambe le definite separate gestioni relative gli iscritti in servizio e agli iscritti in quiescenza, il disavanzo dovrà essere ripianato da tutti gli iscritti alla/e sezione/i interessata/e dal disavanzo secondo il criterio di addebito proporzionale alle contribuzioni versate.

Art. 26

1. Le disponibilità liquide del "Fondo Sanitario" possono essere provvisoriamente impiegate mirando alla salvaguardia della miglior redditività nell'ambito di una prudente valutazione circa la sicurezza degli investimenti.

2. Nel disporre gli impieghi indicati dal comma che precede è fatto tassativo divieto di realizzare operazioni che comportino l'assunzione da parte del "Fondo Sanitario" della configurazione di operatore finanziario professionale o, comunque, il perseguimento di intenti speculativi.

Art. 27

1. I rapporti bancari intrattenuti con la "Capogruppo" sono regolati, come minimo, alle condizioni nel tempo vigenti per il Personale della stessa.

Art. 28

1. Nell'ipotesi di erogazione diretta, totale o parziale, delle prestazioni del "Fondo Sanitario", la gestione amministrativa delle pratiche di rimborso è affidata ad un'entità esterna al "Fondo Sanitario" ed alla "Banca", con oneri a carico di quest'ultima e obbligatorio gradimento preventivo del Consiglio di Amministrazione, ai sensi dell'art. 18, comma 2, alinea 6.

2. Fermo restando il diritto degli iscritti alla riservatezza, sancito dall'art. 12, comma 1, è facoltà del "Fondo Sanitario" compiere accertamenti al fine di verificare il corretto operare dell'entità esterna, indicata dal comma che precede.

Art. 29

1. I datori di lavoro segnalano i nominativi da iscrivere, eseguono le ritenute e curano i pagamenti delle quote a loro carico, nei modi e nelle misure indicate agli articoli 8, 9 e 10, accreditando il "Fondo Sanitario" delle somme relative, unitamente ai contributi da essa dovuti.

2. I datori di lavoro segnalano inoltre le cessazioni dei rapporti degli iscritti con il "Fondo Sanitario" ed ogni notizia necessaria al suo buon funzionamento.

CAPITOLO 6 - NORME FINALI

Art. 30

1. Le disposizioni contenute nel presente Statuto costituiscono una normazione unitaria ed inscindibile che disciplina in via integrale ed esclusiva l'attività e le prestazioni del "Fondo Sanitario".

Art. 31

1. Le incombenze di segreteria operativa ed amministrativa del "Fondo Sanitario", con funzioni di supporto amministrativo degli Organi, sono demandate a personale dipendente da Società del Gruppo.

2. Il coordinamento della segreteria compete al Direttore.

3. La "Capogruppo" mette altresì a disposizione del "Fondo Sanitario" ogni struttura necessaria al suo funzionamento ed assume a suo carico le spese generali di gestione e di ordinaria amministrazione del "Fondo Sanitario" stesso e del suo patrimonio, compreso il costo di perizie e consulenze.

Art. 32

1. Fatta salva la responsabilità del singolo per fatto illecito, la funzione di componente del Consiglio di Amministrazione, Collegio dei Sindaci nonché di Direttore è sorretta da garanzia della "Capogruppo" per ogni eventuale responsabilità di carattere patrimoniale derivante dall'esercizio del mandato.

2. I soggetti indicati al comma che precede, in caso di instaurazione di giudizio nei loro riguardi, sono tenuti a darne tempestiva e formale comunicazione al "Fondo Sanitario" ed alla "Capogruppo".

3. Le spese, comprese quelle di assistenza legale, relative a giudizi connessi alle funzioni di cui al comma 1, sono a carico della "Capogruppo", fatto salvo il diritto dell'interessato a scegliere un difensore di fiducia.

4. Le garanzie contemplate dai commi 1 e 3 ed il dovere di informativa posto dal comma 2 permangono anche successivamente alla cessazione del mandato per fatti od atti relativi all'esercizio del mandato medesimo.

Art. 33

1. In caso di ingresso nel Gruppo Intesa Sanpaolo di nuove Società, aventi sede in Italia, ovvero di richiesta di adesione da parte di Società del Gruppo non ricomprese nell'elenco di cui agli accordi di costituzione nonché di Fondazioni di cui all'art.4 comma 1 i dipendenti delle medesime saranno iscritti al Fondo stesso sin dalla data di ingresso nel Gruppo o di richiesta di ingresso, con applicazione del complessivo ordinamento

statutario e fruizione delle prestazioni mediante la copertura sanitaria definita nell'Appendice 2, per un periodo di tre anni, fatte salve diverse determinazioni delle Fonti Istitutive.

2. Nel corso di tale periodo la Società provvederà al pagamento del premio fisso previsto per la polizza stessa a carico dell'Azienda, mentre l'iscritto corrisponderà, a titolo di "contributo di ingresso", il 50% della quota variabile prevista per l'iscritto in servizio destinatario diretto delle prestazioni di cui al Regolamento delle Prestazioni, per sé e per i familiari a carico.

3. Il contributo di ingresso sarà accantonato su un conto transitorio attivato nella gestione iscritti in servizio che confluirà nel patrimonio della relativa gestione a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza del periodo transitorio di cui sopra previsto per ciascuna Società

4. Dalla medesima data i dipendenti di ciascuna società ed i relativi beneficiari inizieranno a fruire delle prestazioni di cui al "Regolamento delle Prestazioni".

5. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro con diritto alla pensione nel corso del periodo di ingresso gli iscritti possono mantenere l'iscrizione per l'intero periodo d'ingresso con onere a loro totale carico con applicazione delle previsioni di cui al comma 4 del presente articolo.

Art. 34

1. Gli iscritti in servizio ed in quiescenza, titolari dell'accantonamento individuale derivante da contribuzione ad efficacia differita alla Cassa di Assistenza Sanpaolo IMI, possono utilizzare l'accantonamento stesso a concorrenza dei rispettivi apporti contributivi di cui all'art. 8 ed all'Appendice 1 del presente "Statuto", relativi al mantenimento dell'iscrizione per sé e per i familiari resi beneficiari.

2. Le riserve contributive di cui al comma che precede, delle quali è mantenuta una separata gestione patrimoniale, sono contabilizzate in accantonamenti individuali, annualmente rivalutate al tasso di rendimento della gestione patrimoniale.

3. Ai fini dell'utilizzo degli accantonamenti di cui al comma che precede da parte degli iscritti in servizio che cessino dal rapporto di lavoro con diritto a trattamento pensionistico, i medesimi sono vincolati alla prosecuzione dell'iscrizione al "Fondo Sanitario", secondo le previsioni di cui all'art. 4 del presente Statuto.

4. Gli eventuali residui accantonamenti individuali non utilizzati sono rimborsati agli interessati od ai rispettivi aventi causa, senza remunerazione per l'anno in cui si è verificato l'evento, nel corso dell'anno successivo a quello di cessazione dall'iscrizione.

CAPITOLO 7 - NORME TRANSITORIE

Art. 35

1. I delegati nominati dalle fonti istitutive come componenti dell'Assemblea in sede di istituzione del "Fondo sanitario" vengono designati nella composizione numerica indicata all'art. 16 ed operano per la durata del primo biennio in forma assembleare con le prerogative e le modalità stabilite dallo stesso articolo.

2. I componenti del Consiglio di Amministrazione nominati dalle fonti istitutive in sede di istituzione del "Fondo sanitario" vengono designati nella composizione numerica indicata all'art. 17 ed operano per la durata del primo biennio in forma di Consiglio, che è titolare di tutte le funzioni attribuite al Consiglio di Amministrazione in via ordinaria dall'art. 18 e agisce secondo le regole di cui all'art. 19.

3. I componenti del Collegio Sindacale nominati dalle fonti istitutive in sede di istituzione del "Fondo sanitario" vengono designati nella composizione numerica indicata all'art. 22 ed operano per la durata del primo biennio in forma di Collegio, che è titolare di tutte le funzioni attribuite al Collegio Sindacale in via ordinaria dallo stesso articolo, agendo secondo le regole ivi stabilite.

4. In particolare il Consiglio di Amministrazione come sopra nominato dispone quanto prima possibile il progetto di regolamento elettorale, da sottoporre all'approvazione delle fonti istitutive, e quindi curi lo svolgimento delle prime elezioni.

5. All'atto dell'insediamento degli organi elettivi, gli organi nominati in sede istitutiva decadono.

6. La designazione degli Organi di cui ai commi 1 e 3 avviene avuto riguardo alla rappresentatività delle diverse componenti firmatarie.

Allegato 1

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 FORLI' 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 CITTA' 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 (incluso 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

CONTRIBUZIONI A CARICO DEL DATORE DI LAVORO

€ 900,00 per ciascun dipendente.

Rivalutazione annua a partire dal 1° gennaio 2012 con applicazione dell'indice ISTAT di variazione dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai, riscontrato al 31 dicembre dell'anno precedente.

CONTRIBUZIONI A CARICO DELL'ISCRITTO

Personale in servizio:

- 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.

Personale in quiescenza:

- 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.

A P P E N D I C E N . 2

POLIZZA PER IL PERSONALE E PENSIONATI DELLE SOCIETA' DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO.

AREA RICOVERO

Ricovero con o senza intervento chirurgico, day-hospital, intervento chirurgico ambulatoriale e parto compreso il parto a domicilio.

Massimale annuo assicurato € 150.000,00 per nucleo
(Grande Intervento Chirurgico € 300.000,00)

Previste prestazioni per:

- degenza
- vitto e pernottamento dell'accompagnatore,
- assistenza infermieristica individuale,
- trasporto sanitario
- spese sostenute in regime di day-hospital chirurgico e medico,
- intervento chirurgico ambulatoriale
- trapianto
- parto cesareo
- parto non cesareo e aborto terapeutico
- indennità sostitutiva

ALTA SPECIALIZZAZIONE (alta diagnostica, accertamenti, terapie)

Massimale annuo assicurato: € 15.000,00 per nucleo.

VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI MEDICINALI REPERIBILI SOLO ALL'ESTERO E CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Il massimale annuo assicurato di € 3.000,00 per nucleo.

Per le cure dentarie da infortunio massimale annuo assicurato € 1.800 per nucleo

PROTESI ORTOPEDICHE, ACUSTICHE E OCULARI

Massimale annuo assicurato € 1.000,00 per nucleo

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI DA INFORTUNIO

Con certificato del pronto soccorso

Massimale annuo assicurato: € 500,00 per nucleo

CURE ONCOLOGICHE

Spese relative a chemioterapia e terapie radianti, incluse le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie.

Massimale annuo assicurato € 5.000,00 per singolo/nucleo

LENTI

Massimale annuo assicurato € 150,00 per nucleo.

Garanzia operante in presenza di modifica del visus con prescrizione del medico oculista.

PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Spese sostenute una volta l'anno per:

- ablazione del tartaro;
- visita specialistica odontoiatrica.

Prestazioni effettuate solo in strutture sanitarie e medici convenzionati.

CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA

Massimale annuo assicurato € 500,00 per nucleo

Prestazioni effettuate solo in strutture sanitarie e medici convenzionati.

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Massimale annuo assicurato: € 3.000,00 per nucleo

Interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale per:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

CONDIZIONI GENERALI

Potranno essere previste modalità di rimborso e di pagamento differenziate per prestazioni effettuate in strutture sanitarie convenzionate e non e da medici convenzionati e non.

Per le prestazioni effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate è previsto il rimborso dei ticket sanitari nel limite del massimale assicurato.

Le modalità di applicazione di ogni singola prestazione (limiti, scoperti e franchigie) nonché le condizioni generali e le esclusioni sono dettagliate nel contratto di polizza assicurativa.

Regolamento delle Prestazioni

Disposizioni Generali

Il "Fondo Sanitario" rimborsa direttamente o indirettamente, gli oneri economici sostenuti dagli iscritti, in Italia od all'estero, in dipendenza di eventi patologici qualificati come malattia o come infortunio.

Per malattia si intende ogni alterazione, congenita od acquisita, dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Per infortunio si intende ogni evento - comprovato da certificazione di Pronto Soccorso - dovuto a causa accidentale, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Il "Fondo Sanitario" rimborsa altresì gli oneri economici sostenuti dagli iscritti, in Italia od all'estero, connessi a spese mediche mirate alla prevenzione di malattie neoplastiche, del sangue, cardiache e del sistema neurologico centrale.

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 presenza di altre analoghe 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.

Il "Fondo Sanitario" rimborsa integralmente gli oneri sostenuti per il pagamento delle quote di partecipazione alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (ticket), e gli equivalenti importi privatistici riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici. E' escluso quanto non rimborsabile ai sensi dell'art. "Esclusioni" ed all'acquisto di farmaci, salvo quanto disposto dall'art. "Prestazioni Ospedaliere – Principi Generali" e all'art. "Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie - Massimali".

Le prestazioni "intramoenia" sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni "private".

Prestazioni Ospedaliere – Principi generali

In caso di ricovero in istituto di cura per infortunio o malattia (con o senza intervento chirurgico), o di intervento chirurgico ambulatoriale (ad esclusione di quelli direttamente connessi alle cure dentarie di cui all'art. "Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Principi Generali", comma 1 alinea 4), il "Fondo Sanitario" rimborsa sino a concorrenza dei massimali indicati al successivo art. "Prestazioni Ospedaliere – Massimali", i seguenti oneri, purché non riconducibili ad eventuali altre coperture assicurative per eventi imprevisti ed invalidanti (Long Term Care):

- 1) spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e/o per materiale d'intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici, le endoprotesi e le protesi dentarie se conseguenti ad infortunio od ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente "Regolamento delle Prestazioni");
- 2) spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente), nonché spese per assistenza medica, infermieristica e assistenziale (effettuate da soggetti regolarmente abilitati a tale tipo di attività), cure,

medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi , esami ed accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) sostenute durante il periodo di ricovero o degenza, sempreché siano rese indispensabili dall'evento considerato;

- 3) spese per assistenza medica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), protesi e noleggio/acquisto presidi sostenute nei 90 giorni (elevato a 120 gg. in caso di ricovero nell'ambito del SSN) precedenti il ricovero o l'intervento ambulatoriale e nei 90 giorni successivi al termine del ricovero od alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché siano rese indispensabili dall'evento considerato.

Nel caso di trapianto di organo o di parte di esso sono rimborsati all'iscritto anche gli oneri sostenuti dal donatore per le prestazioni di cui sopra. Tali rimborsi vengono effettuati anche a favore dell'iscritto donatore.

In caso di ricovero in istituto di cura in day hospital non comportante intervento chirurgico e comunque non connesso a ciclo di cure od ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente "Regolamento delle Prestazioni", sono rimborsati esclusivamente gli oneri inerenti le spese effettivamente sostenute durante il periodo di degenza di cui ai punti 1) e 2) del comma che precede.

In caso di ricovero in istituto di cura connesso ad interventi di cui all'art. "Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Principi Generali" alinea 4, sono rimborsati esclusivamente gli oneri relativi a rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente) e ai diritti di sala operatoria.

Sono equiparati ad intervento chirurgico i seguenti trattamenti:

- AGOBIOPSIE E BIOPSIE CHIRURGICHE (escluse in corso di accertamenti endoscopici);
- ANGIOPLASTICA;
- CORONAROGRAFIA;
- DRENAGGI DELLE VIE BILIARI;
- ENDOSCOPIE OPERATIVE;
- LAPAROSCOPIE DIAGNOSTICHE;
- LITOTRIPSIE AD ESCLUSIONE DI QUELLE OSTEO-ARTICOLARI;
- POSIZIONAMENTO E RIMOZIONE APPARECCHIO GESSATO O SIMILARE;
- RADIOLOGIA INTERVENTISTICA;
- LASER CHIRURGICO, CRIOTERAPIE;
- INSEMINAZIONE ARTIFICIALE.

In caso di ricovero in istituto di cura per parto od aborto, nonché interruzione di gravidanza volontaria, ovvero in caso di parto domiciliare assistito, il "Fondo Sanitario" rimborsa sino a concorrenza dei massimali indicati al successivo art. "Prestazioni Ospedaliere – Massimali", i seguenti oneri:

- a) spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e/o per materiale di intervento;
- b) spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente), nonché spese per assistenza medica, ostetrica ed

infermieristica, cure, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) sostenute durante il periodo di ricovero o degenza, sempreché siano rese indispensabili dall'evento considerato;

c) spese per l'assistenza al neonato durante la degenza.

Prestazioni Ospedaliere – Massimali

Gli oneri sostenuti in relazione agli eventi di cui all'art. "Prestazioni Ospedaliere – Principi generali" sono rimborsati sino a concorrenza del massimale annuo di € 150.000 per evento.

Il massimale indicato al comma che precede e' pari a € 300.000 annuo per evento esclusivamente per i Grandi Interventi Chirurgici ricompresi nell'elenco posto in calce al presente "Regolamento delle Prestazioni".

Fermi restando i massimali previsti ai commi I e II, le spese relative agli eventi sotto indicati, sono rimborsati con i seguenti limiti:

- in caso di intervento ambulatoriale franchigia del 20% per evento;
- in caso di parto cesareo o aborto € 7.800 per evento;
- in caso di parto non cesareo € 3.500 per evento.

In caso di ricovero non connesso ad intervento chirurgico di durata inferiore a 5 giorni (4 notti), il rimborso avviene con applicazione di una franchigia minima di € 500,00.

La franchigia di cui al comma precedente non si applica in caso di ricoveri connessi a gravidanza, parto, dialisi, diabete.

Prestazioni Ospedaliere – Ulteriori Previsioni

In caso di ricovero a termini dell'art. "Prestazioni Ospedaliere – Principi generali", fermi restando i massimali previsti dall'art. "Prestazioni Ospedaliere – Massimali", commi I e II, sono rimborsati all'iscritto anche gli oneri di seguito indicati:

- spese per vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito, con il limite giornaliero di € 100 e con un massimo per evento di 30 giorni;
- spese per trasporto dell'assistito, se non a carico del SSN, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, a e da istituto di cura o ospedale e da un istituto di cura o ospedale ad un altro (sia in Italia che all'estero), con autoambulanza, eliambulanza e, unicamente in caso di Grandi Interventi Chirurgici, l'aereo, il treno e il traghetto (esclusa in ogni caso l'autovettura) con il limite massimo di € 1.500 per anno e per nucleo;
- spese per assistenza infermieristica domiciliare nei 90 giorni precedenti (120 giorni per interventi effettuati presso SSN) e 90 giorni successivi al ricovero o all'intervento ambulatoriale, fino alla concorrenza dell'importo di € 60 giornaliero e per un massimo per evento di 90 giorni, raddoppiati, anche oltre il limite dei giorni precedenti e

successivi al ricovero od all'intervento ambulatoriale, in caso di Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente "Regolamento delle Prestazioni".

Prestazioni Ospedaliere – Indennità di Diaria

In caso di ricovero in istituto di cura, anche in day hospital, per eventi diversi da quelli previsti dai successivi artt. "Altre Prestazioni – Principi Generali e Massimali" ed "Esclusioni", che non comporti, per tale periodo, effettuazione di rimborsi da parte del "Fondo Sanitario" – fatta salva l'integrale erogazione degli oneri di cui all'art. "Prestazioni Ospedaliere – Ulteriori previsioni ", delle spese per assistenza infermieristica ed assistenziale sostenute durante la degenza e delle spese di cui all'art. "Prestazioni Ospedaliere – Principi generali", comma I sub 3) – è corrisposta all'iscritto una indennità di € 90,00 per ogni giorno intero di durata del ricovero compreso il giorno di ingresso, con un massimo per ciascun beneficiario e per ciascun evento di 90 giorni, raddoppiati in caso di Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente "Regolamento delle Prestazioni".

In caso di ricovero, anche in day hospital, per eventi di cui al successivo art. "Altre Prestazioni – Principi Generali e Massimali", che non comporti, per tale periodo, effettuazione di rimborsi da parte del "Fondo Sanitario", è corrisposta all'iscritto una indennità di € 90,00 per ogni giorno intero di durata del ricovero, compreso il giorno di ingresso, sino a concorrenza dei massimali annui per nucleo familiare stabiliti nei citati articoli.

In caso di parto non cesareo l'indennità prevista dal comma I è erogata per l'importo minimo di € 500.

In caso di parto l'indennità prevista dal comma I compete al neonato solamente qualora la permanenza di quest'ultimo in istituto di cura sia dovuta a suo stato di malattia.

Prestazioni Specialistiche – Alta Diagnostica

Sono rimborsate le spese per le prestazioni specialistiche di c.d. Alta Diagnostica:

- ESAMI ANGIOGRAFICI VENOSI ED ARTERIOGRAFICI;
- DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA;
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN);
- SCINTIGRAFIA;
- TAC;
- PET;
- RICERCHE GENETICHE PER MALFORMAZIONI FETALI (AMNIOCENTESI, PRELIEVO VILLI CORIALI, ecc.) quando eseguite in stato di gravidanza;
- ESAMI DI ONCOLOGIA MOLECOLARE;
- CHEMIOTERAPIA ANTINEOPLASTICA;
- IMMUNOTERAPIA ANTINEOPLASTICA;
- RADIOTERAPIA ANTINEOPLASTICA;
- DIALISI (EXTRACORPOREA O PERITONEALE);
- DOPPLER/ECODOPPLER;
- ELETTROENCEFALOGRAMMA;
- HOLTER;

- MIELOGRAFIA;
- MOC;
- TERAPIA INTERFERONICA.

I rimborsi di cui al presente articolo sono accordati fino a concorrenza di € 15.000 annui per nucleo familiare e di € 30.000 esclusivamente in caso di Grandi Eventi Patologici, con applicazione di una quota a carico dell'iscritto nella misura del 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate. Tale limitazione non si applica alle spese per dialisi.

Qualora le prestazioni sopra riportate vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati, i relativi oneri verranno sostenuti direttamente dal "Fondo Sanitario" sino a concorrenza dei previsti massimali e nel rispetto delle previsioni contenute nel presente Regolamento, senza applicazione di franchigia e fatta salva una quota fissa di € 50,00 a carico dell'iscritto per ogni prestazione fruita.

Prestazioni Specialistiche – Principi Generali

In caso di fruizione di prestazioni specialistiche, ambulatoriali e domiciliari, sono rimborsati all'iscritto, fino a concorrenza del massimale indicato al successivo art. "Prestazioni Specialistiche - Massimali", i seguenti oneri:

- spese per onorari medici per visite e prestazioni specialistiche;
- spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- spese per analisi ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici);
- spese per onorari medici, analisi ed esami diagnostici, necessari dal momento dell'accertamento della gravidanza sino al relativo ricovero e nei 90 giorni successivi al termine dello stesso;
- spese per cure dentarie e paradontopatie, rese necessarie da infortunio, effettuate ambulatorialmente.

Prestazioni Specialistiche – Massimali

Gli oneri sostenuti in relazione agli eventi di cui all'art. "Prestazioni Specialistiche – Principi Generali" sono rimborsati sino a concorrenza dei seguenti massimali annui per nucleo familiare:

- € 3.000 per le prestazioni di competenza dell'anno 2011,
- € 3.500 per le prestazioni di competenza dell'anno 2012,
- € 4.000 dal 2013,

con applicazione di una quota a carico dell'iscritto nella misura del 30% delle spese effettivamente sostenute e documentate. Il massimale è raddoppiato nel caso di Grandi Eventi Patologici, senza applicazione di quote a carico dell'iscritto.

Fermo restando i massimali di cui al comma precedente, le spese sostenute per trattamenti fisioterapici e rieducativi sono rimborsabili con il limite di € 800,00 annuo per nucleo familiare.

Qualora le prestazioni specialistiche rientranti nei massimali sopra indicati vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati, i relativi oneri verranno sostenuti direttamente dal "Fondo Sanitario" sino a concorrenza dei citati massimali e nel rispetto delle previsioni contenute nel presente Regolamento, senza applicazione di franchigia e fatta salva una quota fissa a carico dell'iscritto per ogni prestazione fruita pari a:

- visite specialistiche: € 20,00;
- accertamenti diagnostici: € 35,00.

Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Principi Generali

In caso di necessità di protesi anatomiche ed apparecchi sanitari ausiliari e correttivi, ovvero in caso di necessità di cure dentarie non rese necessarie da infortunio, sono rimborsati all'iscritto, fino a concorrenza dei massimali indicati al successivo art. "Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Massimali", i seguenti oneri:

- spese per protesi auditive;
- spese per mezzi correttivi oculistici (anche a contatto) ivi compresa la montatura, con esclusione delle spese per impiego di materiale prezioso;
- spese per interventi per la correzione della miopia, dell'astigmatismo, dell'astigmatismo miopico, della presbiopia e dell'ipermetropia;
- spese per visite, cure anche di natura preventiva, esami, estrazioni, protesi dentarie (ivi comprese quelle ortodontiche ed implantologiche) nonché per chirurgia orale direttamente connessa a cure dentarie non conseguenti ad infortunio;
- 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.

Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Massimali

Sono rimborsati gli oneri sostenuti in relazione agli eventi di cui all'art. "Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Principi Generali", sino a concorrenza dei seguenti limiti e massimali per nucleo familiare:

- 1) spese per protesi auditive: massimale annuo di € 2.000,00;
- 2) spese per mezzi correttivi oculistici: massimale annuo di € 450,00 con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto, a fronte di prescrizione medica effettuata nel corso del quinquennio precedente;
- 3) spese per interventi correttivi dei difetti visivi: massimale annuo di € 1.500,00, con franchigia del 20 %;
- 4) spese per cure dentarie:

- massimale annuo di € 1.500,00, con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto;
 - spese per ablazione del tartaro e visita di controllo nel limite di € 75,00 per persona una volta all'anno, non considerate ai fini dell'esaurimento del massimale di cui all'alinea che precede;
- 5) spese per protesi e apparecchi ausiliari, di cui al quinto alinea dell' art. "Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Principi Generali":
- con massimale annuo di € 3.000,00 per spese rese necessarie da perdite o menomazioni anatomiche invalidanti certificate da Ente Pubblico.

Sono altresì rimborsate, con massimale annuo complessivo di € 600,00 gli oneri sostenuti per:

- protesi e apparecchi ausiliari correttivi e/o terapeutici che non rientrino nella casistica di cui al primo comma del presente articolo;
- latte in polvere per l'alimentazione dei neonati, dietro prescrizione del medico di base o dello specialista, limitatamente alle spese sostenute entro i primi 6 mesi di vita ed entro il limite di € 300 per ogni neonato;
- medicinali reperibili solo all'estero ovvero non erogati o parzialmente erogati in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale a fronte di prescrizione da parte di enti ospedalieri con indicazione della durata della terapia. In quest'ultimo caso sono accolte le prescrizioni del medico di base purché sia allegata copia originaria dell'Ente ospedaliero.

Altre Prestazioni – Principi Generali e Massimali

In caso di necessità di assistenza - anche comportante ricovero in istituto di cura - per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti, sono rimborsati i relativi oneri sino a concorrenza del massimale annuo di € 1.500,00 per nucleo familiare.

A carico dell'iscritto rimane una quota pari al 30% della spesa sostenuta.

In caso di necessità di interventi psicoterapeutici o psicoanalitici, ovvero conseguenti a malattie di carattere psicosomatico, anche comportanti ricovero in istituto di cura, sono rimborsati i relativi oneri sino a concorrenza del massimale annuo di € 1.500 per nucleo familiare.

A carico dell'iscritto rimane una quota pari al 30% della spesa sostenuta, con un minimo di € 25 per ogni visita.

Esclusioni

Non sono rimborsate spese sostenute né sono corrisposte le indennità di cui all'art. "Prestazioni Ospedaliere – Indennità di Diaria" del presente "Regolamento delle Prestazioni":

- cure o applicazioni o chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del terzo anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio o conseguenti ai Grandi Eventi Patologici di

cui all'elenco in calce al presente "Regolamento delle Prestazioni", anche oltre il termine di cui all'art. "Prestazioni Ospedaliere – Principi Generali", comma I, n. 3);

- agopuntura, ove non praticata da medico iscritto all'ordine professionale;
- cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico); di proprie azioni delittuose; dell'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore, in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; della partecipazione, a titolo professionale e comunque non dilettantistico, a competizioni sportive, comprese le relative prove;
- cura di malattie mentali nei casi in cui si dia luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- cure termali ed idropiniche, ad esclusione del ticket;
- medicinali (ad eccezione di quanto previsto all'art. "Prestazioni Ospedaliere – Principi Generali" e di quanto previsto all'art. "Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Massimali" punto 5 secondo alinea);
- cure omeopatiche (ad eccezione delle visite specialistiche e degli accertamenti ambulatoriali effettuati da un medico iscritto all'ordine professionale), pranoterapeutiche, fitoterapeutiche e similari, visite di medicina sportiva, del lavoro, legale ed assicurativa.

Liquidazione delle prestazioni

Le prestazioni sono liquidate dietro presentazione, in originale ed unitamente al modulo di richiesta, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, accompagnate, in caso di ricovero, dalla cartella clinica. Nel caso in cui il ricovero avvenga presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale sarà sufficiente la lettera di dimissione contenente l'indicazione del periodo di ricovero effettivo e la motivazione del medesimo. In quest'ultima ipotesi resta salva la facoltà del "Fondo Sanitario" di richiedere la cartella clinica anche in un momento successivo.

La documentazione deve essere intestata all'iscritto o ad un suo familiare beneficiario; il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'iscritto, anche in caso di domanda di rimborso relativa ad un suo familiare beneficiario ed essere conforme alle disposizioni fiscali vigenti.

La documentazione ricevuta è restituita all'iscritto, previa stampigliatura dell'avvenuta presentazione al rimborso.

Documentazione

A fini di rimborso ogni prestazione deve essere prescritta o certificata da un medico e deve essere effettuata da medico o presso struttura clinica, fatta eccezione per le spese infermieristiche, assistenziali ed ostetriche, per quelle fisioterapiche e rieducative, nonché per le psicoterapie effettuate da psicologi iscritti all'albo e le cure dentarie effettuate da odontoiatra.

Modalità e tempistiche di erogazione

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 della Cassa 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 di cui all'art. "Liquidazione delle prestazioni", comma I, con data dell'anno di competenza deve essere presentata al rimborso inderogabilmente entro il termine ultimo del 31 marzo dell'anno successivo ed è liquidata con le seguenti modalità:

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

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

I termini ultimi di cui al precedente comma 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.

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

RIMBORSI

Le spese sostenute a fronte delle prestazioni di cui al presente "Regolamento delle Prestazioni" sono liquidate nella misura dell'80% della somma spettante ad eccezione di quelle effettuate da medici e strutture in forma totalmente convenzionata.

La liquidazione della residua quota non immediatamente erogata, 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.

Sono escluse dalle disposizioni contemplate al comma I le spese connesse ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente Regolamento.

Sono inoltre escluse dall'applicazione di qualsiasi franchigia e dalle disposizioni contemplate al comma I le quote di partecipazione alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (ticket), ivi compresi gli equivalenti importi privatistici riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici, nonché quanto previsto da "Prestazioni Ospedaliere – Indennità di Diaria".

ELENCO GRANDI EVENTI PATOLOGICI

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Ablazione transcateretere

Angioplastica coronarica vasi multipli con o senza trombolisi comprensiva dell'eventuale stand-by cardiocirurgico ed eventuale applicazione di stents

Angioplastica coronarica vaso singolo con o senza trombolisi comprensiva dell'eventuale stand-by cardiocirurgico ed eventuale applicazione di stents

CARDIOCHIRURGIA

Bypass aorto coronarico multipli compresa eventuale coronarografia completa con prelievo di vasi

Bypass aorto coronarico singolo compresa eventuale coronarografia completa con prelievo di vasi

Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta o neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.)

Commisurotomia per stenosi mitralica

Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per

Pericardiectomia parziale o totale

Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)

Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarici (C.E.C.)

Valvuloplastica cardiocirurgica

Reinterventi iper protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co

Impianto o sostituzione di Pace-maker epicardico o defibrillatore automatico (AICD) per via toracotomica

Intervento per embolia dell'arteria polmonare

CHIRURGIA GENERALE

- COLLO

Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale o bilaterale

Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale

- ESOFAGO

Deconnessione azygos-portale per via addominale

Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per

Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia

Esofago, resezione parziale dell' , con esofagostomia

Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia

Fistola esofago-tracheale, intervento per

Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica

- STOMACO, DUODENO, INTESTINO TENUE
Dumping syndrome, interventi di riconversione per
Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)
Gastrectomia parziale (compresa eventuale linfadenectomia)
Gastrectomia totale con linfadenectomia
Intestino, resezione dell' (comprese eventuali stomie)
Megacolon, intervento per
Resezione gastrica
- COLON, RETTO
Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia
Colectomia totale con o senza linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
Emicolectomia destra con linfadenectomie
Emicolectomia sinistra con linfadenectomie ed eventuale colostomia (hartmann ed altre)
Incontinenza anale, intervento per
Procto-colectomia totale con pouch ileale
Retto, amputazione per via addomino-perineale o addomino-sacrale, con eventuale linfadenectomia
Resezione retto-colica per via anteriore
- PERITONEO
Tumore retroperitoneale, exeresi di
- FEGATO E VIE BILIARI
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
Deconnessione azygos-portale per via addominale
Resezioni epatiche maggiori
Resezioni epatiche minori
Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale
Vie biliari, reinterventi
Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- PANCREAS
Derivazioni pancreatico-Wirsung digestive
Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
Pancreatectomia parziale o totale (compresa eventuale linfadenectomia)
Pancreaticoduodenectomia radical
Splenectomia totale

CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE

Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale o bilaterale
Fratture dei mascellari terapia chirurgica di
Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia, laterodeviazioni mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sul mascellare superiore o sulla mandibola (trattamento completo)
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della

Mascellare superiore per neoplasie, resezione del
Ricostruzione con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari

CHIRURGIA PEDIATRICA

Atresia dell'ano
Atresie vie biliari, esplorazioni
Ernia diaframmatica di Bochdalek o di Morgagni
Esofago (trattamento completo), atresia o fistole congenite dell'
Megacolon, intervento per
Ureterocistoneostomia bilaterale o monolaterale
Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
Interventi per megauretere
Occlusione intestinale del neonato
Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia)
Spina bifida: mielomeningocele.
Idrocefalo ipersecretivo.
Correzione di deformita` del torace (torace a imbuto, torace carenato)
Asportazione di tumori tipici del bambino
Asportazione tumore di Wilms

CHIRURGIA TORACO-POLMONARE

Bilobectomia, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per
Fistole esofago-bronchiali, interventi di
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
Neoplasie maligne coste e/o sterno (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
Neoplasie maligne della trachea (compresa plastica ed eventuale linfadenectomia e/o
biopsia)
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino (compresa eventuale linfadenectomia e/o
biopsia)
Pleuropneumectomia (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
Pneumectomia, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
Resezione bronchiale con reimpianto
Resezione segmentaria o lobectomia, (comprese eventuali linfadenectomie)
Resezioni segmentarie atipiche (comprese eventuali linfadenectomie)
Timectomia
Toracoplastica, primo e/o secondo tempo

CHIRURGIA VASCOLARE

Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
Aneurismi arterie distali degli arti, resezione e/o trapianto
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio
By-pass aorto-renale o aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale
Elefantiasi degli arti
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava
Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca

Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici ed arterie iliache
Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi : carotidi, vertebrali, succlavie, tronco brachio-cefalico, renali, celiaca, iliache
Interventi di resezione arteriosa con plastica vasale per ferita

GINECOLOGIA

Eviscerazione pelvica
Fistole ureterovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)
Fistole vescicovaginali o rettovaginali, intervento per
Incontinenza urinaria, intervento per via vaginale o addominale
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con o senza linfadenectomia
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparoscopica o laparotomica o per via vaginale, intervento di
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero
Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

NEUROCHIRURGIA

Adenoma ipofisario, intervento per via transfenoidale
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
Cranioplastica
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per
Epilessia focale, intervento per
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
Laminectomia per tumori intramidollari
Malformazione aneurismatica intracranica (aneurismi sacculari, aneurismi carotidei, altri aneurismi)
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
Stereotassi, intervento di
Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
Tumori della base cranica, intervento per via transorale
Tumori orbitari, intervento per
Craniotomia per ematoma extradurale o lesioni traumatiche intracerebrali
Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
Interventi per encefalomeningocele o mielomeningocele
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni menin-
gomidollari
Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
Interventi per traumi cranio-cerebrali o vertebro-midollari

Interventi per tumori della base cranica per via trans orale
Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi

OCULISTICA

Iridocicloretrazione
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi
Trabeculectomia
Trapianto corneale a tutto spessore
Vitrectomia anteriore o posteriore

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Artrodesi vertebrale per via anteriore e/o posteriore
Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
Artrodesi: grandi articolazioni
Artroprotesi spalla, totale
Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo): intervento per rimozione e riposizionamento eseguito in un tempo successivo al primo ricovero
Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo): intervento per rimozione e riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento, comprensivo dell'intervento principale di artroprotesi d'anca totale (ovvero non si sommano)
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)
Artroprotesi: ginocchio
Disarticolazione interscapolo toracica
Emipelvectomy
Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto
Ernia del disco dorsale per via transtoracica
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
Osteosintesi grandi segmenti
Osteosintesi vertebrale
Tumori ossei e forme pseudo tumorali grandi segmenti o articolazioni, asportazione di
Interventi per rimozione e reimpianto di protesi di ginocchio
Asportazione del disco intervertebrale (per ernia), mielopatie, radiculopatie

OTORINOLARINGOIATRIA

Petrositi suppurate, trattamento delle
Adduttori, intervento per paralisi degli
Antroatticotomia con labirintectomia
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidea
Atresia auris congenita completa o incompleta
Cordectomia con il laser
Ricostruzione della catena ossiculare
Fibroma rinofaringeo
Laringectomia parziale
Laringectomia parziale o totale con svuotamento laterocervicale monolaterale o bilaterale
Laringofaringectomia totale

Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale o monolaterale (come unico intervento)
Lingua e pavimento orale intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare
Lingua e pavimento orale intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario
Mastoidectomia radicale
Neoplasie parafaringee
Nervo vestibolare, sezione del
Neurinoma dell'ottavo paio
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per
Parotidectomia parziale
Parotidectomia totale
Petrosectomia
Timpanoplastica con mastoidectomia
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di
Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

UROLOGIA

Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
Emasculatio totale ed eventuale linfoadenectomia
Estrofia vescicale (trattamento completo)
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per
Incontinenza urinaria in donna, intervento per via vaginale o addominale
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
Nefrectomia polare
Nefrolitotripsia percutanea mono o bilaterale
Nefroureterectomia radicale con linfoadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di
Nefroureterectomia radicale con trattamento trombo cavale (compresa surrenectomia)
Orchiectomia allargata con linfoadenectomia addominale
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfoadenectomie, (qualsiasi accesso e tecnica)
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena e/o posteriore membranosa
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa
Ureterocistoneostomia mono o bilaterale
Ureterocistoneostomia non continente
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)
Vescicoplastica antireflusso mono o bilaterale
Nefro-ureterectomia totale
Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale
Surrenalectomia

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.

MALATTIE GRAVI

Si considerano "Malattie Gravi" le seguenti patologie:

- neoplasie maligne, inclusa la leucemia;
- infarto del miocardio;
- ictus cerebrale;
- pancreatite acuta;
- anemia aplastica;
- encefalite acuta;
- paralisi conseguente ad infortunio;
- ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione;
- sclerosi multipla;
- AIDS;
- distrofia muscolare;
- morbo di Parkinson;
- morbo di Alzheimer;
- SLA (sclerosi laterale amiotrofica).

DISPOSIZIONI ATTUATIVE DELL'ACCORDO DEL

A. BENEFICIARI

1) Personale che fruirà dal 1° gennaio 2011 delle prestazioni di cui al "Regolamento"

Personale in servizio

In coerenza con quanto stabilito nello Statuto, vengono iscritti al "Fondo Sanitario" per beneficiare delle prestazioni di cui al "Regolamento" i dipendenti assunti dal 1° gennaio 2011 con contratto a tempo indeterminato o di apprendistato professionalizzante CCNL 8 dicembre 2007 presso una delle Società del Gruppo Intesa Sanpaolo di cui all'allegato 1 del presente accordo, fatta salva la facoltà di recesso da esercitarsi secondo le modalità ordinariamente previste dallo Statuto.

Vengono altresì iscritti dal 1° gennaio 2011, salvo facoltà di recesso da esercitarsi entro il 30 aprile 2011:

- i dipendenti in servizio a tale data ed i relativi familiari, già beneficiari al 31 dicembre 2010 delle prestazioni di assistenza sanitaria riconosciute da:
 - Cassa Intesa;
 - Cassa Spimi, 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 primo 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, iscritti alla Cassa Spimi dal 1° gennaio del terzo anno solare, con le specificità contributive stabilite dal punto B delle presenti disposizioni;
- i dipendenti assunti nel corso del 2010 con contratto a tempo indeterminato o con contratto di apprendistato professionalizzante CCNL 8.12.2007 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 di Società del Gruppo di cui all'allegato 1 del presente accordo, 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.

Gli iscritti alla Cassa Intesa o alla Cassa Spimi che abbiano aderito al "Fondo di solidarietà" mantengono, laddove previsto dai rispettivi accordi e secondo le regole in essi contenute, l'iscrizione al "Fondo Sanitario" nel periodo di permanenza nel Fondo medesimo previsto dagli accordi stessi, fatta salva la facoltà di revoca da esercitare entro il 30 aprile 2011.

Personale in quiescenza

Vengono iscritti per beneficiare delle prestazioni di cui al "Regolamento" i titolari di trattamento pensionistico ed i relativi familiari, già beneficiari al 31 dicembre 2010 delle prestazioni di assistenza sanitaria riconosciute da:

- Cassa Intesa;
- Cassa Spimi;

fatta salva la facoltà di recesso da esercitarsi entro il 30 aprile 2011, facendo pervenire specifica lettera raccomandata al "Fondo Sanitario".

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 di cui all'art. 4 dello Statuto del "Fondo Sanitario", fatta salva la facoltà di recesso da esercitarsi nei termini e con le modalità previste dallo Statuto medesimo.

Nuclei familiari

Tutti gli iscritti di cui al punto 1) dovranno procedere alla segnalazione e regolarizzazione della complessiva situazione dei beneficiari del proprio nucleo familiare nonché dei relativi carichi fiscali, alla luce delle previsioni di cui allo Statuto del "Fondo Sanitario", entro il 30 aprile 2011, con effetto retroattivo dal 1° gennaio 2011, ovvero dalla data dell'evento per quelli verificatisi successivamente al 1° gennaio 2011.

Restano esentate dagli adempimenti di cui al comma che precede le posizioni già oggetto di salvaguardia relativa alla qualifica di beneficiario nell'ambito degli accordi di costituzione della Cassa Intesa.

2) Personale che fruisce dal 1° gennaio 2011 delle prestazioni erogate tramite polizza sanitaria

Personale in servizio

Alla luce della notevole complessità e diversificazione delle coperture di assistenza sanitaria esistenti presso le Banche/Società del Gruppo Intesa Sanpaolo si ritiene necessario procedere con gradualità alla fruizione delle prestazioni del "Fondo Sanitario", operando come di seguito specificato.

Fatta salva la facoltà di recesso da esercitarsi entro il 30 aprile 2011 facendo pervenire specifica lettera raccomandata al "Fondo Sanitario" medesimo, dal 1° gennaio 2011 sono iscritti al "Fondo Sanitario" con applicazione del complessivo ordinamento statutario ma con fruizione delle prestazioni mediante polizza assicurativa sanitaria, sottoscritta per il tramite del "Fondo Sanitario", tutti i dipendenti delle Società del Gruppo di cui all'allegato 1 del presente accordo non già ricompresi nel punto 1), con la seguente articolazione:

- a. i dipendenti di Imi Fondi Chiusi, i dipendenti beneficiari della polizza ex Banco di Napoli, nonché il personale delle Società del Gruppo di cui all'allegato 1 del presente accordo, 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. tutti i dipendenti delle Società di cui alla tabella 1 delle presenti disposizioni attuative, con fruizione per 2 esercizi, alla scadenza dell'attuale polizza, della copertura sanitaria definita nell'Appendice 2 allo Statuto del "Fondo Sanitario";
- c. tutti i dipendenti delle Società di cui alla tabella 2 delle presenti disposizioni attuative, con fruizione per 3 esercizi, alla scadenza dell'attuale polizza, della copertura sanitaria definita nell'Appendice 2 allo Statuto del "Fondo Sanitario".

Per i periodi sopra indicati le Società provvederanno al pagamento del premio fisso a carico dell'Azienda previsto per la polizza stessa; l'iscritto corrisponderà quanto previsto a suo 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 diretto delle prestazioni del "Regolamento" del "Fondo Sanitario", per sé e per i familiari a carico.

Il "contributo d'ingresso" sarà accantonato su un conto transitorio attivato nella gestione iscritti in servizio che confluirà nel patrimonio della relativa gestione a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza del periodo transitorio di cui sopra previsto per ciascuna Società.

Dalla medesima data i dipendenti di ciascuna Società ed i relativi beneficiari inizieranno a fruire delle prestazioni di cui al "Regolamento".

A rettifica di quanto previsto dall'art. 6 dell'accordo 10 dicembre 2009, i dipendenti di cui al presente articolo, il cui contratto di lavoro sia oggetto di cessione individuale tra Società del Gruppo di cui all'allegato 1 successivamente al 1° gennaio 2011, conserveranno la copertura sanitaria in essere all'atto del passaggio sino al termine dei periodi indicati e alle condizioni stabilite nel presente articolo. Da tale data i dipendenti medesimi saranno destinatari delle prestazioni di cui al "Regolamento".

Fermo quanto sopra, 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.

Il Personale che abbia aderito al "Fondo di solidarietà" e sia, ai sensi degli accordi in materia, allo stato beneficiario di polizza sanitaria sarà iscritto al "Fondo Sanitario" dal 1° gennaio 2011, fatta salva la facoltà di revoca da esercitare entro il 30 aprile 2011.

Dal 1° gennaio 2011 fruirà della copertura sanitaria di cui all'Appendice 2 allo Statuto (con eccezione del Personale delle società di cui al punto a. del secondo comma, che mantiene la copertura in essere) per il periodo di permanenza nel "Fondo di Solidarietà" previsto dai citati accordi e comunque non oltre il completamento del percorso di ingresso previsto per la società ex datrice di lavoro.

In caso di compresenza nel corso del 2011 di altra copertura assicurativa già garantita dall'Azienda rispetto a quella prevista dall'Appendice 2 allo Statuto, le coperture ivi previste opereranno unicamente ad integrazione ed in via sussidiaria rispetto alle coperture previgenti sino alla scadenza della precedente polizza.

Personale in quiescenza

I dipendenti delle Società del Gruppo di cui all'allegato 1 del presente accordo cessati dal servizio con diritto al trattamento pensionistico a far data dal 1° gennaio 2007 (29 gennaio 2008 per l'ex Gruppo CR Firenze) ovvero che abbiano acquisito il medesimo diritto nel Fondo di solidarietà, non iscritti alla data del 31 dicembre 2010 alla Cassa Intesa o alla Cassa Spimi potranno richiedere l'iscrizione al "Fondo Sanitario" a decorrere dal 1° gennaio 2011, con applicazione del complessivo ordinamento statutario e fruizione da tale data della copertura sanitaria definita nell'Appendice 2 allo Statuto per un periodo pari a:

- 2 anni se la risoluzione del rapporto di lavoro/maturazione del diritto a pensione è avvenuta nel corso del 2009/2010;
- 3 anni se la stessa è avvenuta nel corso del 2007/2008.

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 degli accordi – la previgente copertura sanitaria sarà mantenuta, a richiesta, qualora il percorso di ingresso stabilito per la Società ex datrice di lavoro non si sia ancora completato e sino al suo completamento. Al termine del predetto periodo il Personale potrà fruire delle prestazioni di cui al "Regolamento".

Il Personale in quiescenza delle Società del Gruppo di cui all'allegato 1 del presente accordo, attualmente beneficiario di copertura sanitaria PreviGen potrà richiedere l'iscrizione al "Fondo Sanitario" dal 1° gennaio 2011, continuando a fruire per un biennio delle coperture sanitarie all'attualità previste.

Il Personale in quiescenza di Banca CRFirenze e di Mediofactoring sgr allo stato beneficiari 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 allo Statuto.

In tutti i casi sopra indicati l'iscritto in quiescenza corrisponderà per sé e per i propri familiari non a carico, 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 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.

Quanto sopra con conservazione delle specificità contributive allo stato esistenti per il Personale in quiescenza di Mediofactoring sgr e Banca CRFirenze specificate al punto B. delle presenti disposizioni attuative.

Al termine del periodo stabilito gli iscritti in quiescenza ed i relativi beneficiari fruiranno salvo revoca delle prestazioni di cui al "Regolamento" del "Fondo Sanitario".

3) Altri beneficiari

Il Personale che al 31 dicembre 2010, avendone i requisiti, non si fosse avvalso della facoltà di adesione alla Cassa Intesa ovvero avesse revocato l'iscrizione alla Cassa Intesa o alla Cassa Spimi potrà richiedere l'iscrizione, per sé e per i familiari a carico e non, inderogabilmente entro il 30 aprile 2011, con iscrizione al "Fondo Sanitario" dal 1° gennaio 2011 e possibilità di beneficiare delle prestazioni di cui all'Appendice 2 allo Statuto da tale data e per un triennio.

Per i periodi sopra indicati l'Azienda provvederà al pagamento del premio fisso a suo carico previsto per la polizza stessa; 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.

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" a decorrere dal 1° gennaio 2011.

B. CONTRIBUTUZIONI

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 e Cassa di Risparmio in Bologna di cui al precedente punto 1), la contribuzione aziendale annua viene ridotta a 700 euro per il primo biennio.

Restano confermate, in capo al personale in quiescenza di Mediofactoring sgr e di Banca CR Firenze che richieda l'iscrizione al "Fondo Sanitario" ed esclusivamente in tale evenienza, le contribuzioni attualmente versate 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.

La contribuzione a carico degli iscritti che hanno aderito al "Fondo di Solidarietà" é determinata, con riferimento all'ultima retribuzione INPS percepita in servizio, nelle stesse misure previste per il personale in servizio e, al momento del collocamento in quiescenza, secondo le modalità ordinariamente previste dallo Statuto del "Fondo Sanitario".

I maggiori oneri contributivi relativi alla quota per sé a carico dei Dipendenti iscritti alla Cassa Intesa o alla Cassa Spimi con prestazioni dirette, individuati con riferimento alla data del 31 dicembre 2010, vengono compensati da parte dell'Azienda, in costanza di iscrizione al "Fondo Sanitario", mediante incremento, a titolo specifico, non assorbibile a seguito di eventuale incremento dell'aliquota previdenziale, 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.

Per fruire della compensazione individuale 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.

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.

Gli iscritti alla Cassa Spimi che risultino titolari, al 31 dicembre 2010, di residui accantonamenti individuali derivante 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.

Al Personale che abbia aderito al "Fondo di Solidarietà" la compensazione di cui sopra 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 di sottoscrizione del presente accordo) dell'aliquota determinata come sopra descritto applicata all'ultima retribuzione ordinaria di spettanza 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.

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.

Tabella 1

Banca di Trento e Bolzano
Banca CR Firenze
Banca Fideuram
Cassa dei Risparmi 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

Tabella 2

Cassa di Risparmio di Foligno
Cassa di Risparmio di Terni e Narni
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