



INTESA  SANPAOLO
mail: segreteria@fabintesasampaolo.org
www.fabintesasampaolo.eu

LA BUSSOLA

Numero Speciale sul **FONDO SANITARIO** del **GRUPPO INTESA SANPAOLO**

(Aggiornata luglio 2016)

Per ogni ulteriore informazione che non trovi in questo numero speciale

[clicca qui](#)



..... e scrivici subito

SOMMARIO

- Norme statutarie pag.3
- Nucleo familiare pag.3
- Scadenze e revoche pag.4
- Perdita della qualifica di iscritto pag.5
- Contribuzione dal 1°gennaio 2014 pag.6
- Prestazioni pag.7
- Modalità di rimborso pag.11
- 730 precompilato pag.11



FONDO SANITARIO DI GRUPPO INTESA SANPAOLO

Il Fondo Sanitario integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo è operativo dal 1° gennaio 2011, in attuazione dell'accordo collettivo del 2 ottobre 2010, al quale sono seguiti ulteriori accordi nel 2012 e 2013 e 2015 con decorrenza 1° gennaio 2016.

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

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

La solidarietà tra le generazioni è confermata con l'aumento del contributo di solidarietà dei dipendenti in servizio che passa dal 1 gennaio 2014 al 6% delle contribuzioni. **I dati e le proiezioni su queste tendenze di medio/lungo periodo comportano una solidarietà sostenibile tra la Gestione Attivi e Pensionati per garantire nel tempo agli associati maggiori esigenze sanitarie e di cure, tenendo anche conto dell'arretramento della Sanità Pubblica che colpisce lavoratori, pensionati e le loro famiglie.**

NORME STATUTARIE

Beneficiari

Personale in servizio: tutti coloro che vengono assunti, nelle Società del Gruppo di cui [allegato elenco](#) con contratto a tempo indeterminato o di apprendistato professionalizzante hanno diritto a iscriversi al Fondo Sanitario.

Personale in quiescenza: i dipendenti iscritti al fondo che cessino dal rapporto di lavoro con diritto a pensione possono mantenere l'iscrizione al Fondo purché abbiano almeno 5 anni di contribuzione al fondo stesso.

NUCLEO FAMILIARE

Familiari fiscalmente a carico:

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

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

Per gli ALTRI FAMILIARI fiscalmente a carico il diritto di iscrizione è esercitabile per la loro **totalità** come da stato di famiglia anagrafico ed è subordinato all'iscrizione al Fondo del coniuge e figli fiscalmente a carico. Unica eccezione – a richiesta – dei soli fruitori di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa.

Familiari non fiscalmente a carico:

- Coniuge in assenza di separazione legale
- Coniuge di fatto
- Figli anche adottati e/o in affidamento preadottivo purchè conviventi con uno dei genitori
- Figli anche adottati e/o in affidamento preadottivo del coniuge non legalmente separato o di fatto
- Genitori di età non superiore a 80 anni
- **Fratelli e/o sorelle conviventi, come da stato di famiglia anagrafico dell'Iscritto**
(trascorso almeno un anno di convivenza)

I familiari **non** fiscalmente a carico sono iscrivibili se:

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

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

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

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



Dal 1° gennaio 2016

Possibilità di reiscrizione di familiare che aveva perso i requisiti per variazione di stato civile e/o convivenza e si trovi nella condizione per poter essere nuovamente iscritto al FSI. In tal caso, è prevista la contribuzione per l'intero periodo tra la precedente revoca e la nuova iscrizione, comunque con un massimo di 4 anni, con fruizione delle prestazioni dopo 12 mesi.

Riapertura in via eccezionale, sino al 30 giugno 2016, della possibilità di iscrizione al personale che non aveva aderito a suo tempo al FSI oppure che nel periodo 1 gennaio 2011 – 26 novembre 2015 aveva revocato la propria iscrizione senza aver usufruito delle relative prestazioni, alle seguenti condizioni:

- Pagamento per sé e per gli eventuali beneficiari inseriti di un anno di contribuzione come previsto dalle norme statutarie.
- Decorrenza delle prestazioni dal 1 gennaio 2017

SCADENZE e REVOCHE

- L'iscritto in servizio può **revocare** l'iscrizione, **in via definitiva e irrevocabile**, con

raccomandata al Fondo a partire dal **settimo anno** successivo all'iscrizione, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente.

- I dipendenti iscritti al fondo che cessino dal rapporto di lavoro con diritto a pensione possono mantenere l'iscrizione al Fondo purché abbiano almeno 5 anni di contribuzione al fondo stesso.

- Gli eventuali beneficiari di iscritti deceduti possono mantenere l'iscrizione al fondo purché destinatari di trattamento pensionistico di reversibilità o indiretto, **senza possibilità di estendere le prestazioni ad ulteriori familiari.**

- Al raggiungimento dello status di "**iscritto in quiescenza**" l'avente diritto **deve formalizzare, entro 4 mesi** dalla cessazione del rapporto di lavoro, la volontà di prosecuzione dell'iscrizione al fondo. Analogamente questo deve avvenire per i superstiti, in caso di decesso dell'avente diritto.

- **L'iscritto in quiescenza può revocare la sua iscrizione dal 31 dicembre del terzo anno** successivo alla cessazione del rapporto di lavoro con effetto dal primo gennaio successivo, **oppure** entro il 31 dicembre dell'anno in cui siano previsti aumenti contributivi a carico dell'iscritto stesso superiori al 10% su base annua, con effetto sempre dal 1° gennaio successivo.

PERDITA DELLA QUALIFICA DI ISCRITTO

La **qualifica di iscritto** viene meno:

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

La qualifica di **familiare beneficiario** viene meno:

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

CONTRIBUZIONE dal 1° gennaio 2014

La quota aziendale a carico di Intesa Sanpaolo per ciascun dipendente. È pari a € 957,01 (anno 2015), con rivalutazione Istat annuale.

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

A valere dal 1° gennaio 2016 per le reversibilità dopo il 1° gennaio 2011 la contribuzione dovuta viene determinata considerando il 65% del trattamento pensionistico del de cuius (prima veniva calcolata sul 100%) con base di calcolo minima di 20.000 euro pari a 600 euro all'anno di quota contributiva. Per gli iscritti destinatari di trattamenti pensionistici indiretti il calcolo di cui sopra viene invece applicato sull'ultima retribuzione del de cuius.

PRESTAZIONI

PRESTAZIONI OSPEDALIERE – principi generali

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

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

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

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

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

PRESTAZIONI OSPEDALIERE – massimali

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

In caso di intervento ambulatoriale, la franchigia per l'Iscritto in Servizio è del 20% per evento.

Per l'Iscritto in Quiescenza la franchigia è del 25% per evento, con un massimo di € 2.000 per evento, ad eccezione dei "Grandi Eventi Patologici", ai quali si applica la franchigia del 15% per evento, sempre con un massimo di € 2.000 per evento.

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

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

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

- **Spese per rette di degenza (escluso i confort) massimale giornaliero euro 300 (350 grandi eventi patologici) IVA inclusa in entrambi i casi.**

- **Spese per vitto- pernottamento in Istituto di Cura per un accompagnatore dell'assistito**, con il limite giornaliero di € 100 e con un massimo per evento di 30 gg. Per gli Iscritti in Quiescenza, questa disposizione è valida solo nel caso di "Grandi Eventi Patologici", e solo per pernottamento.

- **Spese per trasporto dell'assistito** in Ospedale o Casa di Cura (sia in Italia che all'estero) fino ad un massimo di € 1.500 per anno e nucleo familiare.

- **Spese per assistenza infermieristica** domiciliare nei 90 gg. precedenti e successivi al ricovero e intervento ambulatoriale (120 gg per interventi presso SSN), fino alla concorrenza dell'importo di € 60 giornalieri e per un max. per evento di 90 gg. (raddoppiabile in caso di Grandi Eventi Patologici).

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

In caso di parto non cesareo, l'indennità prevista è erogata per un importo minimo di 500 euro e compete al neonato solo quando la permanenza dello stesso è dovuta a malattia.

- **Rimborso farmaci non rimborsati dal Servizio sanitario nazionale, esclusivamente per le seguenti patologie: neoplasie con caratteristiche istologiche di malignità, epatite C, HIV, Sla e Sclerosi multipla, fibrosi cistica.** Introdotta (in via sperimentale dal 1° gennaio 2016) la rimborsabilità, purché prescritti da ente ospedaliero con indicazione durata terapia, inseriti nel prontuario terapeutico nazionale, autorizzati alla messa in commercio e che a giudizio dell'AIFA presentino caratteristiche di innovatività terapeutica. Il rimborso, previa verifica dei requisiti di cui sopra, dovrà essere autorizzato dal Fondo dietro presentazione di fattura e ricompreso nel **massimale annuo delle Prestazioni ospedaliere.**

PRESTAZIONI IN CONVENZIONE DIRETTA

Il Fondo Sanitario eroga anche le prestazioni nella cosiddetta forma diretta, attraverso la quale l'iscritto beneficia del pagamento diretto della prestazione a condizione che la struttura e/o il medico siano convenzionati con Previmedical ([vedi elenco delle prestazioni](#)) previa autorizzazione preventiva della stessa, con applicazione di una franchigia a carico dell'iscritto pari al:

- visite specialiste 25%
 - accertamenti diagnostici 30%
- dell'onere di ciascuna prestazione fruita.

Se possibile si consiglia di prenotare la prestazione con congruo anticipo al fine di ricevere l'autorizzazione in tempo utile.

Se per la stessa prestazione si utilizzano strutture non convenzionate e medici convenzionati o viceversa si otterrà la prestazione diretta esclusivamente sulla parte convenzionata mentre per la parte restante si procederà alla richiesta di rimborso con l'iter consueto.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

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

ALTA DIAGNOSTICA (SPECIFICHIAMO CHE LE VECCHIE FRANCHIGIE IN QUOTE FISSA PREVISTE PRECEDENTEMENTE, DAL 2014 SONO SOSTITuite DA FRANCHIGIE IN PERCENTUALE)

Tipologia	Massimale annuo per nucleo familiare	Franchigia
<p>Esami angiografici venosi ed arteriografici, diagnostica endoscopica, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, TAC; PET, ricerche genetiche per malformazioni fetali effettuate in gravidanza, oncologia molecolare, chemioterapia, immunoterapia, radioterapia, dialisi, doppler ed ecodoppler, MOC, terapia interferonica.</p>	<p>€ 15.000,00 € 30.000 in caso di grandi eventi patologici</p>	<p>20% Iscritti in SERVIZIO 40% Iscritti in QUIESCENZA</p>

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Tipologia	Massimale per nucleo familiare	Franchigia
Prestazioni specialistiche ambulatoriali e domiciliari	€ 4.000 per I. in Servizio € 3.000 per I. in Quiescenza Max raddoppiati per GEP senza applicazione di franchigia	30% per l'I. In Servizio 40% per l'I. In Quiescenza. Se erogate da medici e centri convenzionati, per l'I. in Servizio la franchigia è pari al 25% (visite) ed al 30% (diagnostica), mentre per l'I. in Quiescenza la franchigia è sempre pari al 30%
Di cui per trattamenti fisioterapici e rieducativi	€ 800 Raddoppio per i dipendenti in servizio per artroprotesi entro 12 mesi dall'evento	
Protesi auditive	€ 2.000,00	Nessuna franchigia
Mezzi correttivi oculistici (a fronte di prescrizione medica effettuata nel quinquennio precedente)	€ 450 per l'I. in Servizio € 250 per l'I. in Quiesc. Per nuclei famigliari > 5: € 600 per l'I. in Servizio € 350 per l'I. in Quiesc.	30,00%
Interventi correttivi dei difetti visivi	€ 1.500 per l'I. in Serv. € 1.800 per l'I. in Quiesc. (è inclusa l'asportazione della cataratta solo x quiescenti)	20% per l'I. in Servizio 25% per l'I. in Quiescenza
Cure dentarie (non dovute a infortunio)	Massimale ANNUO € 1.500 per l'I. in Serv. € 600 per l'I. in Quiesc. Per nuclei famigliari > 5: € 2.000 per l'I. in Serv. € 800 per l'I. in Quiesc	30%
Spese per ablazione tartaro e visita di controllo, fuori dal plafond di cui sopra, 1 volta per anno per persona	Massimale TRIENNALE € 4.500 (assorbe una tantum massimale annuo X 3 anni per evento > 6.500) per l'I. in Serv. € 75 (non previsto per l'I. in Quiescenza)	====

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

MODALITÀ DI RIMBORSO

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

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

Per gli Iscritti in Quiescenza, le spese, decurtate delle eventuali franchigie, sono liquidate nella misura del **70%** della somma spettante ad eccezione di quelle effettuate da medici e strutture in forma totalmente convenzionata. La quota residua verrà liquidata successivamente all'approvazione del bilancio di norma al 30 giugno dell'anno successivo. In caso di risultato di esercizio positivo di Bilancio, la quota residua non rimborsata immediatamente viene erogata entro il 30 giugno dell'anno successivo alla gestione di pertinenza.

Ove non consegua l'integrale liquidazione della quota residua, il rimborso avviene - in misura proporzionale - con eventuale utilizzo di una porzione del patrimonio della gestione di pertinenza, con priorità per le spese sostenute dagli iscritti portatori di handicap in situazione di gravità accertata ai sensi della Legge 104/1992.

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

730 PRECOMPILATO

Il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 31 luglio 2015 prevede, a partire dall'esercizio fiscale 2015, l'obbligo per i Fondi Sanitari di comunicare all'Agenzia delle Entrate i dati relativi ai rimborsi delle spese sanitarie che saranno riportate nel 730 precompilato. Il Fondo Sanitario è tenuto pertanto a comunicare gli importi rimborsati agli iscritti nel 2015, nonché quelli relativi alle prestazioni effettuate in convenzione da parte di ciascun assistito (titolare dell'iscrizione o familiare beneficiario).

Per ogni ulteriore informazione che non trovi in questo numero speciale

[clicca qui](#)



..... e scrivici subito