

CGIL

GUIDE NORMATIVE
FISAC Gruppo IntesaSanpaolo

Fondo Sanitario di Gruppo

Gestione iscritti in Quiescenza

Sul sito trovi anche la nostra esperta **Marianna Broczky** a tua disposizione per consulenze personalizzate.

Edizione **ottobre 2016**

Indice

1	Nozioni generali.....	1
2	Iscrizione	1
	Iscritti “esodati”	2
2.1	Familiari beneficiari a richiesta	2
2.1.1	Familiari fiscalmente a carico	2
2.1.2	Familiari fiscalmente non a carico.....	3
	Coniugi entrambi dipendenti/esodati/pensionati	3
2.1.3	Variazioni successive	3
2.1.4	Iscrizioni tardive dei familiari	4
3	Cessazione e revoca dell’iscrizione	4
4	Contribuzione	6
4.1.1	Contributo di solidarietà.....	6
4.1.2	Non recuperabilità della contribuzione versata.....	6
4.1.3	Tattamento fiscale delle contribuzioni	7
5	Prestazioni.....	7
5.1.1	Modalità di rimborso e differita	11
5.1.2	Gestione delle richiesta di rimborso	12
5.1.3	Anticipo spese	13
5.1.4	Tattamento fiscale dei rimborsi	13
6	“PERCORSO DI AVVICINAMENTO” CON POLIZZA	14
6.1	Polizza Unisalute	14
6.1.1	Centrale Operativa:	17
7	Normativa per il passaggio al 1/1/2011 dalle Casse Sanitarie precedenti al Fondo Sanitario .	17
8	Riferimenti del fondo sanitario	18
8.1	Unità Fondo Sanitario Integrativo.....	18
8.2	Previmedical	18
	Contact Center, Centrale Operativa, Consulenza Medica:.....	18

1 NOZIONI GENERALI

Il 1° gennaio 2011 è stato costituito "Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo" per il personale in servizio, gli esodati e i pensionati, con i rispettivi familiari, di tutte le società del Gruppo con CCNL Credito e CCNL Commercio:

Intesa Sanpaolo, Intesa Sanpaolo Group Services, Banca dell'Adriatico, Banca IMI, Banca Monte Parma¹, Banca Prossima, Banco di Napoli, Cassa dei Risparmi di Forlì e della Romagna, Cassa di Risparmio del Veneto, Cassa di Risparmio in Bologna, Banca CR Firenze, Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia, Casse di Risparmio dell'Umbria, Cassa di Risparmio di Pistoia e della Lucchesia, Fideuram, Intesa Sanpaolo Private Banking, Equiter, Eurizon Capital, Epsilon Sgr, Fideuram Fiduciaria, Fideuram Investimenti, IMI Fondi Chiusi, IMI Investimenti, Intesa Sanpaolo Formazione, Mediocredito Italiano, Intesa Sanpaolo Reoco, Accedo, Sanpaolo Invest SIM, Setefi, Sirefid, Intesa Sanpaolo Casa, Intesa Sanpaolo Provis.

Il Fondo Sanitario è integrativo del Servizio Sanitario Nazionale; principi fondanti sono la solidarietà e la mutualità sia tra il personale in servizio e i pensionati che tra i dipendenti delle diverse aziende del Gruppo, e la salvaguardia dell'equilibrio tra contribuzioni e prestazioni.

Il Fondo Sanitario è strutturato in due gestioni contabili separate tra iscritti in servizio (compresi gli esodati) e pensionati.

Le due gestioni, oltre alla ripartizione iniziale della somma dei patrimoni (riserve) delle Casse confluite in proporzione al numero degli iscritti in servizio e in quiescenza, hanno meccanismi strutturali di solidarietà attraverso:

- il trasferimento annuo di una quota del patrimonio della gestione iscritti in servizio a quella pensionati, in base al numero di coloro che vanno in pensione nell'anno stesso e mantengono l'iscrizione alla gestione pensionati (nella logica che l'attivo "trasferisce" con l'iscrizione alla gestione pensionati quota delle riserve che ha contribuito ad accantonare);
- l'ulteriore trasferimento annuo di una quota pari al 6% della contribuzione complessiva della gestione iscritti in servizio, qualora sia in equilibrio, alla gestione dei pensionati (che sarebbe corrisposto, considerando le contribuzioni versate nel 2012, ad oltre il 23,40% di aumento della contribuzione complessiva della gestione iscritti in quiescenza: vedi paragrafo 4.1.1 CONTRIBUTO DI SOLIDARIETÀ)

2 ISCRIZIONE

Gli iscritti in servizio che cessano il loro rapporto di lavoro

- con diritto a trattamento pensionistico e che abbiano assolto l'obbligo contributivo per almeno 5 anni al Fondo Sanitario²,
- con diritto a trattamento pensionistico di inabilità a carico dell'Assicurazione Generale Obbligatoria

¹ I dipendenti di Banca Monte Parma che andranno in quiescenza dal 1/1/2014 fino al 31/12/2016 saranno iscritti con prestazioni indirette cioè tramite polizza sanitaria gestita dal FSI. Entreranno nel Fondo mediante le prestazioni dirette a partire dal 1/1/2017.

² È consentito il mantenimento dell'iscrizione da quiescenti agli iscritti al Fondo che maturino il diritto a trattamento pensionistico dal 1° gennaio 2011 al 31 dicembre 2015, anche nel caso in cui non abbiano assolto l'obbligo contributivo almeno di 5 anni di servizio.

devono avanzare formale richiesta di iscrizione alla gestione iscritti in quiescenza **entro il 4° mese successivo a quello della cessazione del rapporto di lavoro.**

In questo caso rimangono nella gestione iscritti in servizio sino al 31 dicembre dell'anno in cui avviene la cessazione del rapporto di lavoro per poi passare alla gestione dei pensionati³.

Possono chiedere l'iscrizione alla Gestione iscritti in quiescenza con le stesse modalità anche i familiari beneficiari destinatari di trattamento pensionistico indiretto, nel caso di decesso dell'iscritto in servizio o esodato, entro la fine del 4° mese successivo all'evento.

L'iscrizione può essere altresì mantenuta, dietro specifica istanza⁴, anche da parte dei familiari beneficiari degli iscritti pensionati deceduti, se destinatari di un trattamento pensionistico di reversibilità, senza possibilità di estendere le prestazioni ad ulteriori familiari.

Isritti "esodati"

Il personale che abbia aderito al Fondo di Solidarietà può avanzare formale richiesta di iscrizione alla gestione iscritti in quiescenza entro il 4° mese successivo dalla data del pensionamento. In questo caso rimangono nella gestione iscritti in servizio sino al 31 dicembre dell'anno in cui avviene il pensionamento per poi passare alla gestione degli iscritti in quiescenza⁵.

2.1 FAMILIARI BENEFICIARI A RICHIESTA

I pensionati, al momento dell'iscrizione, possono rendere beneficiari anche i propri familiari sia a carico che non a carico fiscalmente.

Questa scelta, una volta esercitata, è irrevocabile⁶ e senza possibilità di ulteriori inserimenti, se non a seguito di variazioni del nucleo familiare⁷.

Non sono, in nessun caso, ammesse interruzioni nell'iscrizione al Fondo Sanitario.

2.1.1 FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO⁸.

Possono essere iscritti, in presenza dei necessari requisiti, i seguenti familiari:

	Requisiti necessari per l'iscrizione
Coniuge anche con legame di unione civile	<ul style="list-style-type: none">• assenza di separazione legale;• non è necessaria la convivenza anagrafica
Figli, anche adottati	<ul style="list-style-type: none">• non è necessaria la convivenza anagrafica;• non vi è alcun limite di età
Altri familiari fiscalmente a carico: genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli/sorelle	<ul style="list-style-type: none">• parenti in linea retta o collaterale con l'iscritto;• età non superiore a 80 anni;• convivenza anagrafica da almeno 1 anno risultante da stato di famiglia.

³ In questo caso anche la contribuzione è quella prevista per la gestione iscritti in servizio. La trattenuta per i mesi non lavorati viene effettuata nell'ultima busta paga liquidata ed è calcolata pro-quota sulla retribuzione imponibile ai fini TFR del mese di cessazione rapportata su base annua.

⁴ La richiesta deve essere inoltrata entro il 4° mese dal decesso dell'iscritto.

⁵ In questo caso la contribuzione è quella prevista per la gestione iscritti in servizio.

⁶ Ad eccezione dei casi di perdita dei requisiti necessari per i familiari beneficiari (vedi paragrafo "Cessazione e revoca dell'iscrizione").

⁷ Vedi il paragrafo "VARIAZIONI SUCCESSIVE".

⁸ Per "fiscalmente a carico" si intende il soggetto - percettore di redditi propri inferiori ai limiti di legge, attualmente pari a € 2.840,51 lordi annui – nei cui confronti l'iscritto sia destinatario anche in quota parte delle detrazioni fiscali. Per i soli figli è sufficiente che ricorra il solo requisito di reddito (quindi anche se non si beneficia delle detrazioni fiscali relative). Il "coniuge di fatto", non essendo ancora riconosciuto dalla normativa fiscale, non può mai essere considerato a carico fiscalmente.

E' possibile l'estensione a favore dei soli coniuge (anche con legame unione civile) e figli fiscalmente a carico. L'estensione a favore degli altri familiari fiscalmente a carico, oltre ad essere subordinata all'avvenuto inserimento del coniuge e figli a carico, deve riguardare la totalità degli familiari fiscalmente a carico risultante dallo stato di famiglia anagrafico⁹. Unica eccezione nel caso in cui tra gli altri familiari fiscalmente a carico ci siano beneficiari di analoga assistenza sanitaria integrativa (da comprovare con idonea documentazione): in tal caso l'iscrizione non è obbligatoria.

2.1.2 FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO

Possono essere iscritti, in presenza dei necessari requisiti, i seguenti familiari fiscalmente non a carico:

	Requisiti necessari per l'iscrizione
Coniuge anche con legame unione civile	<ul style="list-style-type: none"> • assenza di separazione legale; • non è necessaria la convivenza anagrafica
Coniuge di fatto (anche unioni omosessuali)	convivenza anagrafica risultante da stato di famiglia.
Figli, anche adottati	convivenza anagrafica con uno dei genitori da almeno 1 anno risultante da stato di famiglia.
Figli, anche adottati, del coniuge (anche di fatto)	<ul style="list-style-type: none"> • assenza di separazione legale dal coniuge; • convivenza anagrafica da almeno 1 anno risultante da stato di famiglia.
Genitori	<ul style="list-style-type: none"> • età non superiore a 80 anni; • convivenza anagrafica da almeno 1 anno risultante da stato di famiglia
Fratelli e sorelle	convivenza anagrafica da almeno 1 anno risultante da stato di famiglia.

E' possibile l'estensione a favore del solo coniuge (anche con legame unione civile) fiscalmente non a carico o del coniuge di fatto.

L'estensione a favore di familiari non a carico, diversi dal coniuge e coniuge di fatto, deve riguardare la totalità dei familiari conviventi non a carico risultante dallo stato di famiglia anagrafico¹⁰. Unica eccezione nel caso in cui tra gli altri familiari fiscalmente non a carico ci siano beneficiari di analoga assistenza sanitaria integrativa (da comprovare con idonea documentazione): in tal caso l'iscrizione non è obbligatoria.

Coniugi entrambi dipendenti/esodati/pensionati

Nel caso di due iscritti legati da vincolo matrimoniale o unione di fatto si considerano comunque due nuclei familiari distinti (con massimali distinti per le prestazioni). Gli eventuali figli possono essere aggregati, a libera scelta degli interessati ad una delle posizioni dei genitori. La scelta non è successivamente modificabile, ad eccezione dei casi di variazione del nucleo familiare.

2.1.3 VARIAZIONI SUCCESSIVE

Successivamente alle segnalazioni iniziali, è consentita l'iscrizione al Fondo Sanitario dei familiari elencati in precedenza unicamente a seguito di variazioni del nucleo familiare.

⁹ Non sostituibile da "autocertificazione".

¹⁰ Non sostituibile da "autocertificazione".

Le richieste di iscrizione del coniuge e dei figli, supportate da idonea certificazione anagrafica, devono pervenire **entro la fine del 4° mese successivo** a quello in cui:

- il matrimonio o **l'unione civile** è contratto;
- il coniuge di fatto è inserito nello stato di famiglia;
- il figlio è nato, ovvero è adottato.

Comunque le prestazioni del Fondo Sanitario decorrono dal momento in cui è sorto il diritto all'inserimento del familiare (evento), senza alcun periodo scoperto.

Le richieste di iscrizione di altri familiari beneficiari, supportate da idonea certificazione anagrafica, devono pervenire **entro la fine del 4° mese successivo**:

- dal compimento di un anno di convivenza.

Comunque le prestazioni del Fondo Sanitario decorrono dal momento in cui è sorto il diritto all'inserimento del familiare (compimento dell'anno di convivenza).

L'aderente ha l'obbligo di comunicare tempestivamente al Fondo Sanitario ogni variazione del proprio stato di famiglia e della situazione dei carichi fiscali¹¹.

Laddove intervengano variazioni dei carichi fiscali, è possibile mantenere l'iscrizione del familiare¹², nel rispetto del principio della continuità, seppur con diversa contribuzione che comunque decorrerà dal 1° gennaio dell'anno in cui si verifica la variazione stessa.

Nel caso in cui il familiare beneficiario che è uscito dal Fondo Sanitario per la perdita dei requisiti necessari per effetto della variazione di stato civile e/o della convivenza, qualora si trovi nuovamente nelle condizioni previste dallo Statuto, potrà essere iscritto nuovamente da parte di un aderente al Fondo con decorrenza delle prestazioni a favore del familiare in questione trascorso un intero anno dalla data della richiesta di iscrizione. Nel caso in cui il familiare rientri nello stesso nucleo familiare precedente, l'iscritto dovrà versare anche la contribuzione per l'intero periodo intercorrente tra la precedente revoca e la nuova iscrizione (con un massimo di quattro anni).

2.1.4 ISCRIZIONI TARDIVE DEI FAMILIARI

Le richieste di iscrizione pervenute oltre il termine del 4° mese successivo all'evento sono accolte con il pagamento della contribuzione dal mese in cui si è verificato l'evento (per un massimo di quattro annualità) e con decorrenza delle prestazioni a favore del familiare in questione trascorso un intero anno dalla data della richiesta di iscrizione.

Uniche eccezioni sono previste per coniuge a carico e figli a carico: per questi beneficiari il pagamento della contribuzione decorre sempre dal mese in cui si è verificato l'evento ma potranno fruire delle prestazioni dalla data della richiesta stessa.

3 CESSAZIONE E REVOCA DELL'ISCRIZIONE

L'adesione al Fondo Sanitario viene meno a seguito di:

- revoca (**in tal caso non sarà più possibile la reinscrizione**) mediante lettera raccomandata:

¹¹ Vedi paragrafo "Non recuperabilità della contribuzione versata".

¹² Da tale possibilità sono esclusi i nonni, nipoti ex filio, i quali non possono rimanere iscritti se non sono più fiscalmente a carico dell'iscritto.

- a partire dal 31 dicembre del terzo anno successivo alla data del pensionamento, 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;
- decesso dell'iscritto (in questo caso i familiari, aventi diritto alla pensione di reversibilità, possono chiedere il mantenimento dell'iscrizione);
- compimento di gravi irregolarità nei confronti del Fondo Sanitario, ascrivibili all'iscritto o ai familiari beneficiari delle prestazioni;
- mancata corresponsione del contributo da parte dell'iscritto, anche in favore dei familiari, per oltre un anno;
- richiesta di revoca da parte del beneficiario maggiorenne, senza possibilità di essere nuovamente reso beneficiario;
- perdita dei requisiti necessari per i familiari beneficiari; pertanto devono essere comunicati tempestivamente entro la fine del 4° mese successivo all'evento¹³ al Fondo Sanitario i casi di decesso o la perdita dei requisiti da parte dei familiari, come riportati nella tabella seguente:

Tipologia familiare	Motivo di perdita dei requisiti
Coniuge (anche con legame unione civile) a carico e non a carico fiscalmente	intervenuta separazione legale
Coniuge di fatto	venir meno di convivenza anagrafica con l'iscritto
Figli fiscalmente a carico	<ul style="list-style-type: none"> • venir meno del carico fiscale in assenza di convivenza anagrafica con almeno uno dei genitori; • venir meno di convivenza anagrafica con almeno uno dei genitori a seguito di matrimonio/unione di fatto.
Figli fiscalmente non a carico	venir meno di convivenza anagrafica con almeno uno dei genitori
Figli del coniuge	<ul style="list-style-type: none"> • a seguito di matrimonio/unione di fatto; • per intervenuta separazione legale del genitore con l'iscritto.
Genitori	<ul style="list-style-type: none"> • compimento degli 80 anni di età; • venir meno di convivenza anagrafica; • a seguito di matrimonio/unione di fatto.
Nonni, nipoti ex filio, fratelli/sorelle fiscalmente a carico	<ul style="list-style-type: none"> • compimento degli 80 anni di età; • venir meno di convivenza anagrafica; • venir meno del carico fiscale con l'iscritto.
Fratelli/sorelle fiscalmente non a carico	<ul style="list-style-type: none"> • venir meno di convivenza anagrafica; • a seguito di matrimonio/unione di fatto.

¹³ Nel caso di comunicazioni tardive oltre ai termini dei 4 mesi, il Fondo Sanitario non restituisce le contribuzioni versate.

4 CONTRIBUZIONE

La contribuzione è interamente a carico del pensionato ed è calcolata secondo le seguenti misure percentuali:

- 3,00% per sé¹⁴,
- 0,25% per ogni familiare fiscalmente a carico (con un massimo complessivo di 0,75%),
- 1,50% per ogni familiare fiscalmente non a carico.

Le quote percentuali sono applicate su tutte le voci della pensione AGO (INPS o INDAP ex CPDEL) comunicata all'atto del pensionamento, che sono rivalutate il primo gennaio di ogni anno in base alla dinamica perequativa prevista dall'INPS¹⁵

Nel caso di trattamento pensionistico di reversibilità, la contribuzione viene calcolata sul 65% della pensione dell'iscritto pensionato deceduto; analogamente nel caso di trattamento pensionistico indiretto, la contribuzione viene calcolata sulla base del 65% della retribuzione dell'iscritto in servizio o esodato deceduto.

La contribuzione è addebitata sul conto corrente dell'iscritto in rate mensili.

4.1.1 CONTRIBUTO DI SOLIDARIETÀ

È previsto il riversamento annuo alla gestione degli iscritti in quiescenza di una quota pari al 6% della contribuzione complessiva della gestione iscritti in servizio, a condizione che quest'ultima sia in equilibrio.

Considerando il rapporto tra numero iscritti in servizio e il numero degli iscritti in quiescenza compresi i familiari (3,83 attivi / 1 quiescente nel 2012) e il montante della contribuzione complessiva, sia dell'iscritto in servizio che dell'azienda, questo contributo di solidarietà assume una valenza particolarmente importante in quanto sarebbe corrisposto nel 2012 ad oltre il 23,40% di incremento della contribuzione complessiva versata dai pensionati¹⁶.

4.1.2 NON RECUPERABILITÀ DELLA CONTRIBUZIONE VERSATA

Ricordiamo che devono essere comunicati tempestivamente entro la fine del 4° mese successivo all'evento i casi di decesso o di perdita dei requisiti da parte dei familiari (es. cessazione dello stato di convivenza, separazione legale, ecc.). In tal caso il Fondo Sanitario provvede a stornare le contribuzioni versate e a recuperare eventuali rimborsi già liquidati.

Nel caso di comunicazioni tardive oltre al termine del 4° mese successivo all'evento, **il Fondo Sanitario non restituisce le contribuzioni versate**, mentre le prestazioni cessano dal momento in cui l'evento si è verificato e il Fondo Sanitario provvede a recuperare eventuali rimborsi già effettuati.

¹⁴ Per i pensionati iscritti al FIA, l'azienda continuerà a corrispondere la contribuzione dell'1,50% a scomputo delle contribuzioni individualmente dovute da ciascun pensionato. Per i pensionati di Banca CR Firenze e di Mediofactoring già beneficiari della polizza assicurativa aziendale con premio a carico dell'azienda, l'azienda continua a corrispondere una quota pari al costo della precedente polizza (rispettivamente € 257 ed € 1.067) a scomputo delle contribuzioni individualmente dovute da ciascun pensionato.

¹⁵ Le percentuali contributive si applicano su un imponibile massimo annuo, per il 2016, di € 106.311,06 rivalutato annualmente in base all'indice Istat. Il limite massimo mensile è pari a € 8.859,26.

¹⁶ Prendendo a titolo di esempio i dati del bilancio 2012 del Fondo Sanitario, il 6% della contribuzione complessiva degli attivi di 110.740.264 euro è pari a 6.644.416 euro. Poiché la contribuzione complessiva versata nella gestione iscritti in quiescenza è 28.376.095 euro, questo contributo di solidarietà del 6% che viene riversato corrisponde di fatto a un aumento di oltre il 23,40% della contribuzione complessiva versata dai pensionati (pari a 371 euro medie per ogni pensionato).

4.1.3 TRATTAMENTO FISCALE DELLE CONTRIBUTIONI

La contribuzione versata al Fondo Sanitario, comprese le quote relative ai familiari beneficiari indipendentemente dal carico fiscale, non concorre alla formazione del reddito imponibile ai fini IRPEF nel limite complessivo di € 3.615,20¹⁷.

L'ammontare dei contributi versati dagli iscritti in quiescenza, sarà oggetto di apposita certificazione contributiva che il Fondo invierà tramite posta ordinaria ad ogni avente diritto.

Per beneficiare della deducibilità fiscale delle contribuzioni versate al Fondo Sanitario, si dovrà indicarne l'ammontare nella propria dichiarazione dei redditi.

Qualora l'iscritto non benefici dell'agevolazione sulla totalità dei contributi versati in quanto l'importo degli stessi eccede il limite fiscale sopra indicato di euro 3.615,20, potrà portare in detrazione anche le spese rimborsate dal Fondo in proporzione alla quota di contribuzione eccedente.

L'iscritto può anche decidere di non portare in deduzione la contribuzione versata: in tal caso può detrarre interamente le spese sostenute anche se rimborsate dal Fondo Sanitario.

5 PRESTAZIONI

Il Fondo Sanitario rimborsa le spese sostenute, in Italia o all'estero¹⁸, in dipendenza di eventi qualificabili come malattia (congenita o acquisita) o infortunio (con certificazione del Pronto Soccorso).

Un'eccezione sono le spese sostenute per la maternità: la gravidanza, se non ha complicazioni patologiche, non è ovviamente una malattia ma, trattandosi di uno stato fisico considerato dalle normative sanitarie come equiparabile, è evento rimborsabile nei limiti e con le modalità stabilite.

Il Fondo Sanitario rimborsa anche le spese mediche mirate alla prevenzione di malattie neoplastiche, del sangue, cardiache e del sistema neurologico centrale.

Sono anche previsti massimali aumentati o esclusione di franchigie per i Grandi Eventi Patologici, il cui elenco è riportato nel Regolamento delle prestazioni. Si tratta di n. 202 Grandi Interventi Chirurgici più tutti gli interventi di trapianto d'organo e le seguenti Malattie gravi: neoplasie maligne, inclusa la leucemia, pancreatite acuta, anemia aplastica, encefalite acuta, para e tetraplegia compresa quella da infortunio, sclerosi multipla, AIDS, distrofia muscolare, morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer, SLA (sclerosi laterale amiotrofica), psicosi, fibrosi cistica. Sono inoltre ricompresi infarto del miocardio, ictus cerebrale, ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione: in questi casi, al termine della fase acuta la patologia è da ritenersi compresa nel presente elenco se ha prodotto esiti invalidanti superiori al 70% certificati dalla competente commissione ASL.

Riportiamo nello schema seguente una sintesi delle prestazioni:

¹⁷ Tale importo è stato definito dalla "Legge finanziaria 2008".

¹⁸ Qualora la documentazione di spesa non sia redatta in italiano o inglese, deve essere accompagnata da una dichiarazione dell'iscritto che traduca fedelmente in italiano il documento stesso. Per i rimborsi di prestazioni sanitarie intervenute in Paesi con valuta diversa dall'Euro, è applicato il cambio ufficiale alla data di liquidazione della prestazione.

PRESTAZIONI	RIMBORSI	
	Massimali annui ¹⁹ per famiglia (ad eccezione ricoveri)	Franchigia
Ticket dovuti al Servizio Sanitario Nazionale Le quote di partecipazione alla spesa del S.S.N. per analisi e visite specialistiche (ad esclusione quindi di quelle per farmaci) sono rimborsabili integralmente. N.B.: è prevista l'equiparazione, con rimborso totale, delle spese per analisi e accertamenti diagnostici sostenuti presso strutture private nel caso in cui l'importo sia equivalente a quello del ticket ²⁰ .	100%, nell'ambito dei massimali previsti per le diverse prestazioni.	Nessuna
Diaria sostitutiva in caso di ricovero presso una struttura pubblica, anche in day hospital (sono equiparati: MAC - Macro attività ambulatoriali complesse della regione Lombardia e PAC - Pacchetti Ambulatoriali Complessi della regione Lazio). Non viene riconosciuta in caso di ricoveri domiciliari e ricoveri in pronto soccorso anche in regime di O.B.I. (osservazione breve intensiva). Riconosciuta in aggiunta alla liquidazione di oneri per "prestazioni ospedaliere" e "ulteriori prestazioni" per ricoveri (vedi sintesi nel riquadro successivo).	<ul style="list-style-type: none"> • € 90 al giorno²¹, con un massimo per beneficiario e per evento di 90 giorni, elevati a 180 giorni in caso di grandi eventi patologici (GEP) come da elenco nel Regolamento), • diaria minima di € 500 in caso di parto non cesareo. 	Nessuna

¹⁹ Importo massimo complessivo dei rimborsi al netto delle franchigie e comprensivo della quota differita.

²⁰ L'equivalenza degli importi con i ticket deve essere documentata con certificazione dell'ente che rilascia il documento di spesa.

²¹ Per i ricoveri, la diaria viene riconosciuta per ogni notte di degenza.

PRESTAZIONI	RIMBORSI	
	Massimali annui ¹⁹ per famiglia (ad eccezione ricoveri)	Franchigia
Ricoveri e prestazioni ospedaliere <ul style="list-style-type: none"> ricovero, con o senza intervento chirurgico, in clinica privata o in ospedale con trattamento privatistico (rette di degenza con massimale giornaliero di € 300 elevato a € 350 per GEP, onorari del chirurgo, aiuto, assistente, anestesista, sala operatoria e materiale d'intervento, esami, cure e terapie). assistenza infermieristica e assistenziale durante il ricovero (effettuata da soggetti abilitati) spese sostenute nei 90 giorni precedenti (120 gg se ricovero S.S.N.) e successivi al ricovero (con esclusione del parto) o intervento: visite mediche, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami e accertamenti diagnostici, medicinali, protesi e noleggio/acquisto presidi. Ulteriori prestazioni: assistenza infermieristica domiciliare (€ 60 al giorno per max 90 gg / 180 gg per grandi eventi patologici) spese per trasporto del paziente in ospedale o clinica in autoambulanza, eliambulanza e, per grandi interventi, aereo/treno/traghetto: € 1.500. spese per accompagnatore: € 100 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento. 	<ul style="list-style-type: none"> € 150.000 per evento (aumenta a € 300.000 per GEP), di cui massimo: <ul style="list-style-type: none"> a) parto fisiologico: € 3.500 b) parto cesareo o aborto: € 7.800. Massimale giornaliero per rette di degenza: € 300 elevato a € 350 nel caso di ricoveri per GEP. 	<ul style="list-style-type: none"> 25% (ridotto a 15% per GEP) con un massimo di € 2.000 (e con un minimo a carico dell'iscritto di € 500 per ricovero senza intervento chirurgico di durata inferiore a 5 giorni/4 notti. Non si applica in caso di ricoveri per gravidanza, parto, dialisi, diabete, GEP).
Farmaci per patologie oncologiche, virali e degenerative (Neoplasie con caratteristiche istologiche di malignità, Epatite C, HIV, Sla e Sclerosi multipla, Fibrosi cistica).	Rientrano nei massimali dei ricoveri: rimborso, in via sperimentale per il 2016, dei farmaci innovativi inseriti nel prontuario terapeutico nazionale e autorizzati all'immissione in commercio (codice AIC) e prescritti da ente ospedaliero con indicazione della durata della terapia.	
Prestazioni di alta diagnostica esami angiografici venosi ed arteriografici; diagnostica endoscopica; risonanza magnetica nucleare; 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; moc; terapia interferonica.	€ 15.000, aumentati a € 30.000 per GEP	<ul style="list-style-type: none"> 40%; 30% in caso di prestazioni erogate presso centri convenzionati. Nessuna franchigia nel caso di dialisi e GEP

PRESTAZIONI	RIMBORSI	
	Massimali annui ¹⁹ per famiglia (ad eccezione ricoveri)	Franchigia
Prestazioni specialistiche private onorari medici per visite specialistiche comprese quelle omeopatiche, prestazioni specialistiche, analisi e esami diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi (con esclusione della fisioterapia effettuata presso strutture prive di direttore sanitario che certifichi la prestazione), prestazioni massoterapiche effettuate da un fisioterapista agopuntura ²² . Vaccini: rimborso dell'onorario medico per l'inoculazione, rimanendo a carico dell'assistito l'acquisto del farmaco con unica eccezione del vaccino anti HPV (Human Papilloma Virus), in quanto rientra nella prevenzione del tumore al collo dell'utero ²³ .	€ 3.000, di cui massimo € 800 per fisioterapie. I massimali sono raddoppiati per GEP.	<ul style="list-style-type: none"> • 40%; • 30% in caso di prestazioni erogate presso medici/centri convenzionati. • Nessuna franchigia nel caso di GEP.
Psicoterapia e psicoanalisi	€ 1.500	<ul style="list-style-type: none"> • 40% con un minimo a carico dell'iscritto di € 25 per ogni visita; • 30% in caso di prestazioni erogate presso medici/centri convenzionati, con un minimo di € 25 per ogni visita.
Mezzi correttivi oculistici (solo lenti)	€ 250 (aumentati a € 350 per i nuclei familiari di almeno 5 persone)	30%
Laserterapia per correzione difetti visivi, compresa cataratta	€ 1.800	25%
Cure dentarie	€ 600 (aumentati a € 800 per i nuclei familiari di almeno 5 persone).	30%

²² Per l'agopuntura si applicano i massimali previsti in base alla patologia prescritta: se l'agopuntura viene effettuata per prestazioni riabilitative fisiatriche/ortopediche rientra nel massimale annuo di € 800 per fisioterapia, per altre patologie rientra nel massimale complessivo di € 4.000 per prestazioni specialistiche.

²³ Il rimborso, viene accordato alle assistite che devono farsi carico della spesa per l'acquisto, non rientrando nella fascia di età per la quale il SSN mette a disposizione gratuitamente il vaccino.

PRESTAZIONI	RIMBORSI	
	Massimali annui ¹⁹ per famiglia (ad eccezione ricoveri)	Franchigia
Protesi ortopediche e oculistiche, medicinali, latte in polvere	€ 3.000 (a seguito di certificazione SSN di invalidità anche temporanea), di cui massimo € 600 per protesi/presidi senza invalidità, per medicinali chemioterapici, antidiabetici e farmaci antiretrovirali nonché per medicinali prescritti da enti ospedalieri o reperibili solo all'estero; per latte in polvere prescritto dal medico per neonati entro 6 mesi di vita fino a € 300 di spesa.	
Protesi auditive	€ 2.000	
Assistenza e ricovero per intossicazioni dovute ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni, stupefacenti	€ 1.500	<ul style="list-style-type: none"> • 40%; • 30% in caso di prestazioni erogate presso medici/centri convenzionati.

In presenza di **altra copertura assicurativa** ovvero in caso di infortunio con responsabilità civile di terzi l'iscritto può:

- chiedere il rimborso in seconda istanza (cioè dopo il rimborso liquidato dall'altra assicurazione²⁴); in questo caso le spese saranno liquidate sino a coprire il 100% dell'importo rimasto a carico dell'iscritto e comunque nei limiti dei massimali previsti dal Fondo Sanitario;
- chiedere il rimborso in prima istanza; in tal caso le spese saranno liquidate al netto delle franchigie e nei limiti dei massimali previsti nella misura del 50% dell'importo, senza l'applicazione della quota differita.

5.1.1 MODALITÀ DI RIMBORSO E DIFFERITA

La liquidazione dei rimborsi per i pensionati avviene, in via generale, attraverso il pagamento immediato del 70% dell'importo da liquidare (al netto della franchigia) e con il differimento del pagamento della restante percentuale del 30% (quota differita), subordinato al risultato di bilancio da approvarsi entro il 30 giugno dell'anno successivo.

In ogni caso è prevista la liquidazione integrale immediata, senza applicazione di quote differite, dei rimborsi spettanti per:

- ticket sanitari;
- indennità giornaliera e connessi oneri rimborsabili in caso di ricoveri presso struttura pubblica;
- Grandi Eventi Patologici (GEP)
- prestazioni specialistiche private e alta diagnostica effettuate da medici e strutture convenzionate.

²⁴ In questo caso il termine di presentazione per la relativa richiesta di rimborso è prorogato, rispetto ai termini ordinari, a 90 giorni dalla data del rimborso ottenuto da terzi.

L'erogazione della quota differita avviene a seguito dell'approvazione del bilancio e sulla base del risultato di esercizio, con priorità di erogazione delle prestazioni fino alla concorrenza della cosiddetta "soglia delle risorse vincolate" prevista dal D.M. 27/10/2009 (20% del totale delle prestazioni) nonché per quelle sostenute dagli iscritti portatori di handicap in situazione di gravità²⁵.

Qualora, separatamente per ogni gestione, risulti uno squilibrio tra le contribuzioni (compresi i meccanismi strutturali di solidarietà) e le prestazioni, si procederà al ripianamento utilizzando prioritariamente i rendimenti delle contribuzioni e del patrimonio e, successivamente, in uguale misura:

- la quota "differita";
- le riserve nei limiti e con i vincoli stabiliti nello Statuto (10% del patrimonio della gestione).

Qualora risulti ancora uno squilibrio, si procede al ripianamento dello stesso da parte degli iscritti alla gestione secondo il criterio di addebito proporzionale alle contribuzioni versate²⁶.

5.1.2 GESTIONE DELLE RICHIESTA DI RIMBORSO

La gestione amministrativa delle richieste di rimborso è affidata a service esterno (Previmedical). Il service verifica la documentazione giustificativa delle spese sanitarie sostenute e determina l'importo liquidabile a ciascun iscritto, in applicazione dei criteri fissati dal Fondo Sanitario.

Le scadenze per l'inoltro delle richieste di rimborso sono:

- 31 dicembre, per i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza;
- successivamente al 31 dicembre ed entro il 31 marzo dell'anno successivo, per i giustificativi di spesa con data dell'anno precedente, compresi - ad avvenuta regolarizzazione - i giustificativi di spesa presentati nel termine precedente del 31/12, respinti in quanto irregolari;
- 30 giugno dell'anno successivo, per unicamente - ad avvenuta regolarizzazione - i giustificativi di spesa presentati nel termine precedente del 31/3, respinti in quanto irregolari.

Per il rispetto della scadenza, fa fede la data di pervenimento della richiesta di rimborso, inoltrata anche a mezzo raccomandata o corriere (in tal caso, fa fede la data di spedizione).

Le richieste di rimborso vanno inoltrate tramite procedura on-line nell'area iscritto sul sito del Fondo Sanitario, oppure utilizzando i moduli cartacei e allegando i giustificativi di spesa in fotocopia²⁷.

La documentazione necessaria ai fini del rimborso è la seguente:

- per i ticket sanitari, ricevuta di pagamento con la dicitura "Ticket" o "Contributo al Servizio Sanitario Nazionale" e, qualora non siano riportati (non inseriti a mano) i dati di chi ha effettuato la prestazione, allegare la richiesta di pagamento riportante i dati del beneficiario delle prestazioni rilasciata dalla struttura sanitaria;
- per i ricoveri in strutture private, fattura, cartella clinica;

²⁵ L. 104/92 art. 3 comma 3.

²⁶ In tale caso si attiverà il confronto 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.

²⁷ L'iscritto è tenuto a conservare la documentazione in originale per il periodo previsto dalla normativa fiscale (5 anni).

- per i ricoveri in strutture del SSN, lettera di dimissione con indicazione del periodo di ricovero e la motivazione;
- per le visite specialistiche, fattura/ricevuta del medico specialista (non occorre l'indicazione della patologia);
- per le prestazioni specialistiche, giustificativi di spesa certificati o prescritti da medico;
- per le cure dentarie, fattura accompagnata da un modulo specifico²⁸ da far compilare e sottoscrivere al dentista con indicazione dell'importo dell'eventuale ablazione tartaro o visita di controllo separata dal resto delle prestazioni;
- per i mezzi correttivi oculistici, fattura dell'ottico riportante il grado di correzione delle lenti/occhiali forniti²⁹, nonché la prescrizione medica iniziale (con data non anteriore ai 5 anni massimi) della necessità di correzione visiva;
- per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, fattura/ricevuta e prescrizione medica;
- per i trattamenti con agopuntura, fattura/ricevuta e prescrizione medica;
- per prestazioni effettuate da professionisti non iscritti ad un albo professionale, fattura/ricevuta e prescrizione medica;
- per le visite/prestazioni dietologiche, fattura/ricevuta con indicazione della patologia; se eseguita da un professionista non medico (es. biologo nutrizionista e dietista) la prestazione deve avvenire presso una struttura clinica;
- per il vaccino anti HPV, copia del documento di spesa e la relativa prescrizione medica.

Per le prestazioni inerenti ai Grandi Eventi Patologici (GEP) è necessario documentare lo stato patologico per permettere l'applicazione di aumento di massimali/abolizione franchigie.

Le prestazioni saranno liquidate, di massima, entro 45 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa. I rimborsi sono riconosciuti direttamente sul conto corrente di accredito delle competenze mensili intestato all'iscritto.

Ricordiamo che in presenza di altre analoghe coperture per la spesa sostenuta o in presenza di rimborso da parte di terzi (ad esempio Servizio Sanitario Nazionale), l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione al Fondo Sanitario ai fini del corretto riconoscimento delle prestazioni.

5.1.3 ANTICIPO SPESE

Nei casi di ricoveri con intervento chirurgico presso struttura non convenzionata³⁰ per il quale venga richiesto il pagamento di un anticipo, il Fondo Sanitario corrisponde a tale titolo un massimo del 50% dell'onere complessivo rimborsabile legato all'intervento, con un importo minimo di € 5.000, con conguaglio a cura ultimata. La domanda di anticipo spese deve essere inoltrata al Fondo Sanitario Integrativo Gruppo Intesa Sanpaolo, via A. Cechov, 50/5 - 20151 Milano (Mi), corredata da richiesta di ricovero, con motivazione e durata dello stesso, e preventivo di spesa.

5.1.4 TRATTAMENTO FISCALE DEI RIMBORSI

Qualora l'iscritto porti in deduzione nella propria dichiarazione dei redditi la contribuzione versata, tutte le spese rimborsate dal Fondo Sanitario non sono detraibili dalle imposte. In tal caso, restano

²⁸ Il modulo è reperibile sul sito del Fondo Sanitario.

²⁹ Qualora la prescrizione dell'oculista non corrisponda al grado di correzione delle lenti a contatto acquistate, occorre l'attestazione da parte dell'optometrista/ottico che la gradazione delle stesse sia equiparata a quella delle lenti per gli occhiali.

³⁰ Con medico non convenzionato.

detraibili nella dichiarazione dei redditi unicamente le quote delle spese non riconosciute dal Fondo Sanitario (quali franchigie, oneri eccedenti i massimali o comunque non rimborsabili).

Le quote differite, e quindi non rimborsate nell'anno in cui è avvenuto l'esborso, possono essere portate in detrazione nella dichiarazione dei redditi relativa all'anno in cui è effettuata la liquidazione da parte del Fondo Sanitario. Ovviamente, nella dichiarazione relativa all'anno in cui la quota differita è liquidata si dovrà indicare, nell'apposito quadro della dichiarazione dei redditi, l'avvenuto rimborso con il conseguente ristoro dei benefici fiscali goduti nell'anno precedente.

6 “PERCORSO DI AVVICINAMENTO” CON POLIZZA

Il percorso di avvicinamento è stato previsto per creare le condizioni di “sostenibilità” per l'ingresso nel Fondo Sanitario di lavoratori e pensionati, compresi i familiari, che al momento dell'iscrizione hanno polizze sanitarie (in molti casi con prestazioni significativamente inferiori) - o che addirittura non hanno alcuna copertura sanitaria integrativa - e che quindi non hanno riserve accantonate.

Il personale di Banca Monte Parma che andrà in quiescenza tra 1° gennaio 2014 e 31 dicembre 2016 con i relativi familiari potrà passare dalla gestione iscritti in servizio alla gestione iscritti in quiescenza del Fondo Sanitario con le prestazioni “indirette” cioè tramite polizza sanitaria gestita dal Fondo Sanitario³¹. L'adesione è consentita fino al compimento dell'80° anno di età.

A partire dal 1 gennaio 2017 dopo gli anni previsti di copertura attraverso polizza assicurativa, gli iscritti potranno fruire delle prestazioni dirette del Fondo Sanitario.

Il Fondo Sanitario stipula la polizza sanitaria, ma con onere a carico del pensionato.

Il pensionato versa sia il premio della polizza che il contributo di ingresso, e precisamente:

- il costo della polizza, pari a € 957,01 per il 2016
- 0,50% della propria pensione Inps quale contributo di ingresso per sé,
- 0,05% per ogni familiare fiscalmente a carico, sino massimo 0,15% per tre o più familiari a carico.

Non è previsto il “contributo di ingresso” per i familiari non a carico, in quanto possono essere iscritti alla polizza sanitaria stipulata dal Fondo Sanitario con pagamento di un premio³² pari a:

- € 325 per coniuge o convivente
- € 280 per ogni figlio
- € 375 per ogni genitore.

Ricordiamo che per l'iscrizione dei familiari valgono le stesse regole esposte nel paragrafo “2.1 Familiari beneficiari a richiesta”.

6.1 POLIZZA UNISALUTE

³¹ La gestione da parte del Fondo Sanitario della polizza assicurativa permette di considerare ai fini fiscali il costo della polizza come prestazione indiretta del Fondo Sanitario e quindi l'importo non concorre alla formazione del reddito imponibile nel limite complessivo di € 3.615,20.

³² Il premio è specificato nelle [condizioni di polizza](#). Relativamente all'iscrizione di familiari nel secondo semestre dell'anno il costo è pari al 60% del premio annuale.

PRESTAZIONI	RIMBORSI	
	Massimali annui per nucleo familiare	Franchigia
Ticket dovuti al SSN	100% nell'ambito dei massimali previsti per le diverse prestazioni	Nessuna
<p>Spese ospedaliere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ricovero, con o senza intervento chirurgico, in clinica privata o in ospedale con trattamento privatistico (rette di degenza, onorari del chirurgo, aiuto, assistente, anestesista, sala operatoria e materiale d'intervento), spese sostenute nei 100 giorni precedenti al ricovero: visite mediche, esami e accertamenti diagnostici, medicinali e trattamenti fisioterapici. spese sostenute nei 100 giorni successivi al ricovero: prestazioni mediche e infermieristiche, esami e accertamenti diagnostici, medicinali trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali, spese per trasporto in ospedale o clinica in autoambulanza, aereo o eliambulanza, (massimo € 1.500 per ricovero), spese per l'accompagnatore (nel caso di ricovero in istituto non convenzionato limite di € 80,00 giornalieri per massimo 30 giorni), spese per assistenza infermieristica privata individuale € 50,00 al giorno per massimo 30 giorni. 	<p>€ 150.000 (Aumenta a €300.000 per grandi interventi chirurgici) di cui massimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - parto cesareo € 6.500 - parto fisiologico € 3.500 - aborto terapeutico € 3.500 <p>€ 25.000 in caso di patologia pregressa</p>	<ul style="list-style-type: none"> Franchigia: <ul style="list-style-type: none"> a) € 1.000 struttura convenzionata, b) € 2.000 struttura convenzionata per patologia pregressa c) 20% minimo € 1.000 se nella provincia di residenza non ci sono strutture convenzionate struttura non convenzionata. Limite di € 250 di rimborso per le rette di degenza in caso di ricovero in strutture non convenzionate.

PRESTAZIONI	RIMBORSI	
	Massimali annui per nucleo familiare	Franchigia
Diaria sostitutiva in caso di ricovero presso una struttura pubblica, anche in day hospital	<ul style="list-style-type: none"> • € 50 al giorno (€ 150 per grande intervento chirurgico), con un massimo per evento di 90 giorni. • €2.000 per spese relative pre e post ricovero 	
Prestazioni specialistiche alta diagnostica: <ul style="list-style-type: none"> • Esami stratigrafici e contrastografici • Accertamenti: ecocardiografia, elettroencefalogramma, elettromiografia, mammografia, PET, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, TAC • Terapie: chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi, laserterapia fisioterapica, radioterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • € 15.000 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% in caso di struttura non convenzionata
Prestazioni specialistiche Visite specialistiche (anche omeopatiche) con esclusione delle visite pediatriche di controllo, accertamenti diagnostici	€ 3.000 con sotto massimale € 1.800 per cure dentarie da infortunio	<ul style="list-style-type: none"> • 30% • In caso di prestazioni presso medici e centri convenzionati viene applicata una franchigia fissa di € 20
Medicinali reperibili solo all'estero		50%
Cure dentarie dovute ad infortunio		<ul style="list-style-type: none"> • 15% in struttura e medico convenzionati; • 30% in struttura non convenzionata;
Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio	€ 500	30% in struttura non convenzionata
Cure oncologiche (non effettuate in regime di ricovero o day hospital)	€ 5.000	
Lenti (escluse le montature)	€ 150 solo con prescrizione del medico oculista attestante modifica visus	30%

PRESTAZIONI	RIMBORSI	
	Massimali annui per nucleo familiare	Franchigia
Cure dentarie (effettuabili solo in strutture convenzionate con medici convenzionati)	€ 500 + 1 visita e 1 seduta ablazione tartaro	15%
Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero e di implantologia per: osteiti (almeno un terzo dell'osso), cisti follicolari o radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario.	€ 3.000 per assicurato	20% in struttura non convenzionata
Protesi ortopediche, auditive e oculari	€ 1.000	20%
Rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero durante un ricovero	€ 1.500	

6.1.1 CENTRALE OPERATIVA:

Servizio attivo da lunedì al venerdì dalle 8.30 – 19.30.

Numero verde per chiamate da rete fissa: 800.82.24.72

Numero per chiamate dall'estero: +39 051.63.89.046

7 NORMATIVA PER IL PASSAGGIO AL 1/1/2011 DALLE CASSE SANITARIE PRECEDENTI AL FONDO SANITARIO

Al momento della costituzione del Fondo Sanitario sono stati iscritti automaticamente dal 1° gennaio 2011, salvo facoltà di recesso irrevocabile (in caso di recesso non è più possibile la reinscrizione in futuro), i dipendenti, esodati, pensionati e relativi familiari già iscritti al 31/12/2010 a Cassa Sanitaria Intesa, Cassa Assistenza Sanpaolo e FIA.

Sono stati inoltre iscritti dal 1° gennaio 2011 al Fondo Sanitario con prestazioni "indirette", cioè tramite polizza sanitaria gestita dal Fondo Sanitario, salvo facoltà di recesso irrevocabile (in caso di recesso non è più possibile la reinscrizione in futuro), il personale in servizio ed esodati delle società del Gruppo che alla data del 31/12/2010 avevano una polizza assicurativa, comprese le altre casse sanitarie con prestazioni ridotte. Questo percorso di avvicinamento, della durata di 2 o 3 anni in base alle prestazioni già previste nelle coperture sanitarie precedenti o se privi di copertura sanitaria integrativa, è servito a creare le condizioni di "sostenibilità" per l'ingresso nel Fondo Sanitario di un numero elevato di lavoratori e pensionati, compresi i familiari, permettendo sia di costituire una quota di riserve sia di spostare sulla compagnia di assicurazione i rischi iniziali (che solitamente sono i più alti) delle ulteriori prestazioni.

Hanno potuto altresì richiedere l'iscrizione dal 1° gennaio 2011 con il percorso di avvicinamento:

- i pensionati dal 1/1/2007 (pensionati ex gruppo CR Firenze dal 29/1/2008, data di passaggio nel Gruppo Intesa Sanpaolo), con i relativi familiari, delle società del Gruppo;
- tutti i pensionati di Banca CR Firenze e di Mediofactoring già beneficiari della polizza assicurativa aziendale con premio a carico dell'azienda;
- personale già in servizio ed esodati, nonché i pensionati dal 1/1/2007, che non si sono mai iscritti o che hanno revocato l'iscrizione a Cassa sanitaria Intesa, Cassa Sanpaolo e FIA (in questo caso, con il versamento di un "contributo d'ingresso" pari all'intera quota percentuale prevista per sé e per i familiari a carico).

8 RIFERIMENTI DEL FONDO SANITARIO

Sito internet: <http://www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it/index.html>

8.1 UNITÀ FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

Gli uffici rispondono: dalle ore 9:00 alle ore 12:30 dal lunedì al venerdì.

Telefono: 02 / 879. 43001

Fax: 02 / 879. 47116

e_mail Unità Anagrafe: anagrafe@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it

e_mail Servizio Iscritti: servizioiscritti@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it

8.2 PREVIMEDICAL

Il Fondo Sanitario utilizza la rete di convenzionamenti diretti di Previmedical.

Contact Center, Centrale Operativa, Consulenza Medica:

Servizi attivi: dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00.

numero verde per chiamate da rete fissa: 800.08.37.78

numero a pagamento per chiamate da rete mobile: 199.28.48.37

numero a pagamento per chiamate dall'estero: +39.0422.17.44.055

fax: 0422.17.44.555

Corrispondenza: Centrale Operativa Fondo Sanitario Integrativo del gruppo IntesaSanpaolo - Previmedical S.p.A. Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (TV)

e_mail Contact Center: contactcenter.fsi@previmedical.it

e_mail Centrale Operativa: centraleoperativa.fsi@previmedical.it

e_mail: Consulenza Medica: centraleoperativa.fsi@previmedical.it