

VERBALE DI ACCORDO

In Milano, in data 5.11.2021

tra

- Intesa Sanpaolo S.p.A. (di seguito ISP)

e

- le OO.SS di Intesa Sanpaolo FABI, FIRST/CISL, FISAC/CGIL, UILCA e UNISIN

anche nella loro qualità di Fonti Istitutive:

- del Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo (di seguito FSI);
- del Fondo Assistenza di Società del Gruppo UBI Banca;
- dell'Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa ai lavoratori della Banca delle Marche;

premessi che

- FSI è l'ente costituito nel 2010, nell'ambito dei valori mutualistici e di solidarietà sociale, avente scopo esclusivamente assistenziale e preposto ad erogare ai dipendenti e pensionati del Gruppo ISP ed ai rispettivi familiari beneficiari prestazioni integrative e sostitutive di quelle fornite dal Servizio Sanitario Nazionale anche in caso di perdita dell'autosufficienza;
- a partire dal 2019 i dati relativi a contribuzioni, prestazioni, utilizzi del patrimonio del FSI sono stati oggetto di approfondita analisi al fine di individuare i possibili ambiti di intervento tali da consentire una maggiore stabilità nell'equilibrio delle gestioni, alla luce dell'andamento economico del Fondo stesso;
- ciò con l'obiettivo di ampliare la finalità mutualistica del Fondo e le modalità di partecipazione allo stesso, di favorire l'iscrizione al FSI da parte del personale in servizio attualmente non iscritto ed il mantenimento dell'iscrizione al momento del pensionamento, nonché di dare attuazione all'accordo 14 dicembre 2020, relativo alle forme di collaborazione autonoma ai (cosiddetti «agenti») mediante la costituzione di un'apposita gestione;
- inoltre, in attuazione delle previsioni dell'accordo 14 aprile 2021, le Parti intendono definire, con effetto dal 1° gennaio 2022, le modalità di confluenza del Fondo Assistenza di Società del Gruppo UBI Banca e dell'Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa ai lavoratori della Banca delle Marche nel FSI e dell'iscrizione sempre al Fondo stesso di tutto il personale destinatario della copertura assicurativa ex UBI, compresi i pensionati e gli esodati destinatari delle predette coperture;
- al contempo, sempre nell'ambito dell'analisi dei dati relativi a contribuzioni, prestazioni, utilizzi del patrimonio del FSI, è emersa la necessità di trovare soluzioni al fine di incentivare il ricorso all'assistenza sanitaria convenzionata nonché, considerata la forte importanza anche sociale, intervenire sulle campagne di prevenzione e sull'assistenza Long Term Care (di seguito LTC) attraverso l'adozione di specifiche misure oltre che rivedere talune prestazioni per una maggiore copertura degli iscritti e dei loro familiari;
- le Parti hanno altresì valutato l'opportunità di rafforzare i meccanismi di solidarietà e mutualità esistenti nel FSI e di rivedere gli interventi previsti nel caso di eventuali squilibri annuali delle gestioni contabili esistenti;

- in conseguenza di quanto sopra le Parti si sono incontrate in data 22 e 30 settembre 2021, 8, 14, 21, 26 e 27 ottobre 2021, 4 novembre ed in data odierna per analizzare le possibili soluzioni da adottare e – a seguito delle valutazioni effettuate – adeguare conseguentemente lo Statuto, i Regolamenti delle Prestazioni e le Appendici, nonché il Regolamento elettorale del FSI;

si conviene quanto segue:

1. le premesse formano parte integrante e sostanziale del presente accordo;
2. le Parti, in attuazione di quanto già previsto nell'accordo 14 aprile 2021, confermano che, a decorrere dal 1° gennaio 2022, l'assistenza sanitaria nei confronti del personale dell'ex Gruppo UBI, ad oggi destinatari delle prestazioni erogate per il tramite della polizza sanitaria Cargeas, del Fondo Assistenza di Società del Gruppo UBI Banca e dell'Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa ai lavoratori della Banca delle Marche, sarà garantita da FSI, con le modalità dettagliate nei successivi articoli del presente accordo;
3. **PERSONALE DESTINATARIO DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA PER IL TRAMITE DI POLIZZA ASSICURATIVA**

A decorrere dal 1° gennaio 2022 il personale in servizio e coloro che a tale data fruiscano dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà destinatari nel corso del 2021 delle prestazioni di assistenza sanitaria per il tramite di polizza assicurativa (CARGEAS) ed hanno al 1° gennaio i requisiti per l'iscrizione a FSI, saranno iscritti al FSI con applicazione della complessiva normativa statutaria e la fruizione delle prestazioni avverrà mediante le modalità definite nell'Appendice 2 dello Statuto stesso per il periodo di due anni e pagamento del relativo contributo di ingresso previsto dall'art. 33.

Sempre a decorrere dal 1° gennaio 2022, il personale in quiescenza a tale data, destinatario nel corso del 2021 delle prestazioni di assistenza sanitaria per il tramite della stessa polizza assicurativa dei dipendenti in servizio ed avente al 1° gennaio i requisiti per l'iscrizione a FSI, potrà richiedere l'iscrizione ad FSI con applicazione della complessiva normativa statutaria, con facoltà di estendere la copertura ai familiari secondo le previsioni dell'art. 5 dello Statuto e la fruizione delle prestazioni avverrà mediante le modalità definite nell'Appendice 2 dello Statuto stesso per il periodo di due anni e pagamento del relativo contributo di ingresso previsto dall'art. 33 nella misura dello 0,50% della pensione AGO per sé e dello 0,05% della stessa per ogni familiare a carico (con un massimo dello 0,15%).

Il personale in quiescenza ex Banca Popolare di Ancona ed il personale in quiescenza iscritto al Fondo B.R.E. Banca destinatari nel corso 2021 delle prestazioni di assistenza sanitaria per il tramite di polizza assicurativa ed avente al 1° gennaio i requisiti per l'iscrizione a FSI, potrà richiedere l'iscrizione ad FSI con applicazione della complessiva normativa statutaria, con facoltà di estendere la copertura ai familiari secondo le previsioni dell'art. 5 dello Statuto, e la fruizione delle prestazioni avverrà mediante le modalità definite nell'Appendice 2 dello Statuto stesso per il periodo di quattro anni e pagamento del contributo di ingresso previsto dall'art. 33 nella misura dello 0,50% della pensione AGO per sé e dello 0,05% della stessa per ogni familiare a carico (con un massimo dello 0,15%) per il medesimo periodo.

Le condizioni della polizza assicurativa di cui all'Appendice 2 dello Statuto saranno estese agli iscritti ed i relativi coniugi indipendentemente dall'età degli stessi, in coerenza con la complessiva normativa statutaria.

4. PERSONALE DESTINATARIO DELLE PRESTAZIONI DEL FONDO ASSISTENZA DI SOCIETÀ DEL GRUPPO UBI BANCA

Gli iscritti al Fondo Assistenza di Società del Gruppo UBI Banca dipendenti in servizio al 1° gennaio 2022 da società del Gruppo ISP e gli iscritti che a tale data siano destinatari dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà di Settore in applicazione degli accordi ex UBI o dell'accordo 29 settembre 2020, ovvero gli iscritti in quiescenza a tale Fondo Assistenza, saranno iscritti dal 1° gennaio 2022 al FSI e saranno beneficiari dalla medesima data rispettivamente per il personale in servizio/esodo delle coperture di assistenza sanitaria di cui "Regolamento delle prestazioni per gli iscritti in servizio" e per il personale in quiescenza dal "Regolamento delle prestazioni per gli iscritti in quiescenza", con facoltà di estendere la copertura ai familiari secondo le previsioni dell'art. 5 dello Statuto.

Nel caso in cui, nel rispetto delle previsioni statutarie nel tempo vigenti, sia prevista – a seguito di delibera degli organi sociali del Fondo Assistenza di Società del Gruppo UBI Banca conseguente il presente accordo – la destinazione del patrimonio riferibile agli iscritti di cui al paragrafo che precede al FSI avente le medesime finalità assistenziali, detti iscritti non saranno tenuti al pagamento del contributo di ingresso, che dovrà invece essere versato nel caso in cui il patrimonio non sia trasferito al FSI.

5. PERSONALE DESTINATARIO DELLE PRESTAZIONI DELL'ASSOCIAZIONE PER L'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA AI LAVORATORI DELLA BANCA DELLE MARCHE

Gli iscritti all'Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa ai lavoratori della Banca delle Marche dipendenti in servizio al 1° gennaio 2022 da società del Gruppo ISP e gli iscritti che a tale data siano destinatari dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà di Settore in applicazione degli accordi ex UBI o dell'accordo 29 settembre 2020, saranno iscritti dal 1° gennaio 2022 al FSI e saranno beneficiari dalla medesima data delle coperture di assistenza sanitaria di cui "Regolamento delle prestazioni per gli iscritti in servizio" con facoltà di estendere la copertura ai familiari secondo le previsioni dell'art. 5 dello Statuto.

Nel caso in cui, nel rispetto delle previsioni statutarie nel tempo vigenti, sia prevista – a seguito di delibera degli organi sociali dell'Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa ai lavoratori della Banca delle Marche conseguente il presente accordo – la destinazione del patrimonio al FSI avente le medesime finalità assistenziali, detti iscritti saranno tenuti al pagamento del contributo di ingresso per il periodo di 12 mesi, che dovrà invece essere versato interamente nel caso in cui il patrimonio non sia trasferito al FSI.

6. PERSONALE BCUBE

Le previsioni degli articoli 4. e 5. trovano applicazione anche nei confronti del personale destinatario dell'Accordo 28 novembre 2019 sottoscritto da UBI Banca e UBI Sistemi e Servizi e dalle rispettive OO.SS. relativo alla cessione di attività e risorse a BCube Service SRL in servizio al 1° gennaio 2022 presso la medesima società e destinatari nel corso del 2021 delle prestazioni sanitarie del personale ex UBI.

7. DEROGA AL PERIODO MINIMO DI ISCRIZIONE

In via del tutto eccezionale, tenuto conto della straordinarietà dell'operazione, le Fonti Istitutive condividono che il personale che cesserà dal servizio con diritto a trattamento pensionistico successivamente al 1° gennaio 2022 e che non scelga di iscriversi alla "Gestione Mista", potrà mantenere l'iscrizione al FSI anche nel caso in cui non siano trascorsi almeno cinque anni così come previsto dallo Statuto all'art. 4;

8. AGENTI E GESTIONE MISTA

Al fine di dare attuazione alle previsioni dell'accordo 14 dicembre 2020 in materia di assistenza sanitaria per le forme di collaborazione autonome operanti nell'ambito delle società appartenenti alla Divisione Banca dei Territori (diverse dal contratto di "lavoro misto") le Parti definiscono, a decorrere dal 1° gennaio 2022, la costituzione di un'apposita gestione, separata da quelle esistenti, definita Gestione Mista le cui caratteristiche e funzionamento sono riportate nello Statuto allegato al presente accordo.

Come condiviso tra le Parti, alla cosiddetta Gestione Mista possono iscriversi anche dal 1° gennaio 2022:

- gli attuali iscritti alla Gestione iscritti in quiescenza che esercitino entro il termine del 31 dicembre 2021 la facoltà di passaggio a detta Gestione
- con richiesta da avanzare entro il termine del 30 aprile 2022 i pensionati ex UBI destinatari nel corso del 2021 di una delle forme di assistenza sanitaria ex UBI (inclusi coloro che matureranno la finestra pensionistica dal 1° gennaio 2022) ovvero di forme di assistenza sanitaria fruita per il tramite del Fondo Pensione B.R.E. Banca e il personale in quiescenza ex Banca Popolare di Ancona destinatario nel corso del 2021 delle prestazioni di assistenza sanitaria per il tramite di polizza assicurativa.

La copertura in favore degli iscritti alla cosiddetta Gestione Mista ha le prestazioni minime riportate nell'Appendice 3 allo Statuto del FSI e il costo massimo di 500 euro per iscritto.

Per gli "Agenti" il costo a carico dell'azienda è pari a € 205.

Lo Statuto viene, pertanto, integrato dei riferimenti alla predetta Gestione Mista agli articoli 2, 4, 7, 8, 10, 11, 14, 16, 17 e 25, definendo nel medesimo anche le condizioni per i passaggi tra le diverse gestioni.

Le Parti si danno atto che la tematica relativa al pensionamento degli Agenti ed alla possibilità di richiedere a quel momento l'eventuale passaggio alla "Gestione iscritti in quiescenza" sarà esaminato nell'ambito dell'incontro di verifica previsto al punto 14. del presente accordo entro il 1° semestre 2025.

9. PRESTAZIONI DI PREVENZIONE ED LTC

Al fine di ampliare le prestazioni fornite dal FSI dedicando sempre maggiore attenzione alle attività di prevenzione nonché alle forme di LTC anche a favore dei coniugi/uniti civilmente/conviventi di fatto resi beneficiari dagli iscritti, le Parti condividono di istituire, con decorrenza dal 1° gennaio 2022, una apposita Gestione per l'attuazione delle specifiche previsioni in materia.

A tal fine ISP verserà entro il 31 dicembre 2021 un importo una tantum pari a 2 mln di euro da destinare alla costituenda "Gestione Fondo Protezione" che sarà finanziato, oltre che dalle modalità definite dall'art. 2 dello Statuto, da un contributo annuale pari a

- € 20,00 a carico azienda per ogni dipendente in servizio e per coloro che siano destinatari dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà iscritti al FSI destinatario delle coperture LTC prevista dal CCNL di categoria, incrementati dal 1° gennaio 2024 a € 30,00 complessivi;
- € 30,00 a carico azienda per ogni iscritto in servizio e per coloro che siano destinatari dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà non destinatario delle coperture LTC prevista dal CCNL di categoria;

- € 10,00 a carico di ciascun iscritto in servizio/in quiescenza/ destinatario dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà già coperto dalla LTC prevista dal CCNL di categoria;
- € 30,00 a carico di ciascun iscritto non coperto dalla LTC prevista dal CCNL di categoria e € 30,00 per l'eventuale coniuge/unito civilmente/convivente di fatto reso beneficiario.

Attraverso la medesima Gestione sarà altresì garantita, con onere a loro carico, la copertura LTC agli iscritti già destinatari della copertura assicurativa sottoscritta dal Fondo Pensione B.R.E. Banca.

Nell'ottica di favorire ulteriormente lo sviluppo dei programmi di prevenzione - nell'ambito delle iniziative in materia attraverso la "Gestione Fondo Protezione" - entro il mese di gennaio 2022 il Consiglio di Amministrazione del FSI definirà un pacchetto biennale di specifiche prestazioni, proposte dal Comitato Scientifico, aventi carattere di prevenzione per le quali intervenire, nell'ambito delle prestazioni rimborsate agli iscritti, con l'azzeramento delle franchigie e/o degli scoperti con onere posto a carico della "Gestione Fondo Protezione".

Al fine di monitorare per tempo l'andamento dell'iniziativa e verificare gli utilizzi della "Gestione Fondo Protezione" nonché fornire indicazioni in materia al Consiglio di Amministrazione, le Parti si incontreranno entro il mese di aprile 2024 per analizzare i dati andamentali e definire eventuali diverse soluzioni.

Lo Statuto viene, pertanto, integrato dei riferimenti alla predetta Gestione Fondo Protezione agli articoli 2, 18 e 25.

10. ULTERIORI MODIFICHE STATUTARIE

Lo Statuto del FSI è altresì modificato:

- all'art. 2 recependo le normative fiscali per enti non commerciali in tema di divieto di distribuire, anche in forma indiretta, utili o avanzi di gestione nonché introducendo al Capitolo 8 l'obbligo di devolvere il patrimonio dell'ente ad altra associazione con finalità analoghe o ai fini di pubblica utilità, in caso di scioglimento del Fondo stesso;
- agli artt. 5 e 6 al fine di introdurre, a seguito delle evoluzioni normative intercorse, alcune modifiche in ottica di semplificazione dei processi di verifica dei carichi fiscali dei familiari;
- all'art. 18 definendo ulteriori competenze in capo al Consiglio di Amministrazione al fine di rispondere all'esigenza di tutela degli iscritti e garantire l'efficacia dei processi;
- all'art. 25 introducendo alcune variazioni alle modalità di copertura del contributo di solidarietà del 6% tra la Gestione iscritti in servizio e la Gestione iscritti in quiescenza e del ripianamento dell'eventuale sbilancio di entrambe le Gestioni, con superamento della quota differita.

Alla luce di tutte le novità sopra evidenziate in allegato viene riportato lo Statuto del FSI modificato che costituisce parte integrante del presente accordo.

11. MODIFICHE AI REGOLAMENTI E ALLE APPENDICI

Le Parti, anche in considerazione dei risultati delle analisi attuariali richiamati in premessa, convengono di introdurre alcune modifiche delle prestazioni riconosciute agli iscritti delle gestioni in servizio e in quiescenza al fine di incentivare il ricorso all'assistenza sanitaria convenzionata anche mediante una rimodulazione delle franchigie previste, nonché taluni ulteriori miglioramenti come definiti nei Regolamenti delle Prestazioni riportati in allegato che costituiscono parte integrante del presente accordo.

A supporto di tali interventi, al fine di garantire anche la continuità di equilibrio delle specifiche gestioni,

- a) la contribuzione a carico del datore di lavoro per ciascun dipendente o destinatario dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà iscritto a FSI, una volta effettuata la rivalutazione ISTAT di ciascun anno, è incrementata:
- a. di € 20,00 a decorrere dal 1° gennaio 2022,
 - b. di ulteriori € 20,00 a partire dal 1° gennaio 2024.
- b) le contribuzioni degli iscritti alla gestione iscritti in servizio per i familiari non a carico resi beneficiari delle prestazioni sono modificate come di seguito riportato:
- 1,00% a decorrere dal 1° gennaio 2022,
 - 1,10% a decorrere dal 1° gennaio 2024.

Tali incrementi contributivi unitamente agli apporti contributivi previsti in favore di prevenzione ed LTC di cui all'art. 7 del presente accordo, sono riportati nell'Appendice 1.

Il Consiglio di Amministrazione di FSI, fermo il premio di 900 euro pro-capite per ciascun iscritto in servizio o in quiescenza, si attiverà per individuare la copertura sanitaria a supporto delle prestazioni dell'Appendice 2 dello Statuto, al fine di poter ricercare miglioramenti delle prestazioni rispetto a quelli previsti dall'attuale polizza UniSalute, in uno o più dei seguenti ambiti:

- massimali dei ricoveri,
- cure dentarie,
- cure oncologiche,
- fisioterapia/psicoterapia,
- mezzi correttivi oculistici.

L'appendice 2 sarà conseguentemente aggiornata a conclusione dell'individuazione della polizza sanitaria da parte del Consiglio di Amministrazione di FSI.

12. ULTERIORI DISPOSIZIONI

Al fine di consentire, in via straordinaria ed eccezionale, l'iscrizione al FSI da parte del personale in servizio (compreso quello di provenienza ex UBI) attualmente non iscritto a FSI o alle forme di assistenza sanitaria ex UBI, il medesimo potrà entro e non oltre il 31 dicembre 2021 richiedere l'iscrizione per sé e l'estensione delle prestazioni per gli eventuali familiari rientranti nelle previsioni statutarie, alle condizioni di seguito elencate:

- iscrizione al Fondo Sanitario dal 1° gennaio 2022;
- pagamento di un'intera annualità di contribuzione a carico dell'iscritto dovuta per sé e per gli eventuali familiari ai sensi delle disposizioni statutarie oltre all'intera quota percentuale prevista a titolo di "contributo di ingresso" nell'accordo 2 ottobre 2010, senza fruizione delle prestazioni;
- possibilità di beneficiare delle prestazioni di cui all'Appendice 2 dello Statuto, a decorrere dal 1° gennaio 2023, per un periodo di due anni nel corso del quale l'Azienda verserà il contributo a proprio carico e l'iscritto continuerà a corrispondere il "contributo di ingresso" per sé e per i familiari a carico, oltre a quanto previsto per i familiari non a carico;

13. MODIFICHE AL REGOLAMENTO ELETTORALE

Per effetto dell'ingresso del personale ex UBI nel FSI, per consentire la più ampia partecipazione degli aventi diritto alle prossime elezioni degli Organi Sociali nonché al fine di rendere operative le modifiche definite con il presente verbale di accordo, il Regolamento elettorale del FSI è modificato come segue:

Modifica dei commi 2 e 3 dell'art.1:

2. Il Corpo Elettorale del Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo (di seguito Fondo) è composto dagli iscritti in servizio, **nonché dagli agenti**, ed **iscritti** in quiescenza **compresi gli iscritti alla gestione mista titolari di trattamento pensionistico**, tali il mese precedente quello dell'indizione delle elezioni. **Esclusivamente in riferimento all'elezione degli Organi Sociali relativa al quadriennio 2022-2025 il Corpo Elettorale è composto da tutti gli iscritti al Fondo, tali il primo giorno del mese di indizione delle elezioni.**

3. Il collegio elettorale per l'elezione dei rappresentanti degli iscritti nell'Assemblea dei Delegati e nel Consiglio di Amministrazione è suddiviso tra iscritti in servizio, **quest'ultimi comprensivi degli agenti**, ed iscritti in quiescenza **compresi gli iscritti alla gestione mista titolari di trattamento pensionistico.**

Modifica dei commi 1 e 6 dell'art.4:

1. I nominativi dei candidati, che devono rispettare requisiti e previsioni di cui all'art. 15 dello Statuto, possono essere presentati mediante liste:

- dalle OO.SS., separatamente o congiuntamente;
- da parte di un numero di iscritti non inferiore al 3% da determinare numericamente il 31 dicembre dell'anno precedente lo svolgimento delle elezioni, in riferimento relazione al collegio elettorale di riferimento. **Esclusivamente per l'elezione degli Organi Sociali relativa al quadriennio 2022-2025 tale percentuale sarà determinata numericamente il primo gennaio dell'anno di svolgimento delle elezioni.** Le consistenze numeriche della predetta percentuale sono rese note attraverso la comunicazione di cui all'articolo 2, comma 1. Ogni iscritto - individuato dal cognome, nome, numero di matricola (CID) e/o codice fiscale - può sottoscrivere una sola lista e deve appartenere al collegio per cui la lista stessa presenta i propri candidati; in caso di sottoscrizione plurima sarà ritenuta valida la sottoscrizione effettuata in favore della lista presentata prima.

6. Le liste dei rappresentanti degli iscritti in servizio, **quest'ultima comprensiva anche degli eventuali rappresentanti degli agenti iscritti al Fondo**, devono essere distinte da quelle dei rappresentanti degli iscritti in quiescenza, **comprensiva degli iscritti alla gestione mista titolari di trattamento pensionistico** eccezion fatta per l'elezione del Collegio dei Sindaci. Le liste in tale ultima ipotesi devono contenere, oltre ai due candidati quali sindaci effettivi, un candidato indicato quale supplente.

Modifica del comma 2 dell'art. 8:

2. A tal fine la Commissione:

- verifica il numero di voti validi espressi dagli iscritti per i rappresentanti degli iscritti in servizio **comprensivi anche degli "Agenti" iscritti** e degli iscritti in quiescenza, **comprensivi degli iscritti alla gestione mista titolari di trattamento pensionistico** in relazione ai singoli Organi;
- determina il quorum necessario per l'elezione dei rappresentanti degli iscritti in servizio, **comprensivi anche degli "Agenti" iscritti**, dividendo il numero dei voti validi espressi relativamente all'Assemblea dei Delegati o al Consiglio di Amministrazione per i rispettivi seggi da assegnare; attribuisce quindi a ciascuna lista un numero di seggi pari al numero di quozienti interi raggiunti dalla lista stessa, ottenuto dalla divisione dei voti ricevuti dalla lista per il quoziente, ed i seggi residui

- alle liste che hanno i resti maggiori (indipendentemente dall'aver raggiunto le stesse almeno un quoziente intero);
- utilizzando le medesime determinazioni, individua i seggi da attribuire alle liste che concorrono all'elezione dei rappresentanti degli iscritti in quiescenza, **comprensivi degli iscritti alla gestione mista titolari di trattamento pensionistico** relativamente all'Assemblea dei Delegati e del Consiglio di Amministrazione;
 - individua un quorum unico per l'elezione dei componenti del Collegio dei Sindaci;
 - individua i candidati eletti sulla base del maggior numero di preferenze espresse all'interno della lista stessa e, in subordine, in base all'ordine progressivo dei candidati evidenziato nella lista stessa;
 - nell'ipotesi di un identico quoziente raggiunto da più liste e di un numero di seggi residui da attribuire inferiore al numero delle liste che risulterebbero assegnatarie delle cariche si procede alla nomina del candidato che ha ricevuto il maggior numero di preferenze.

14. INCONTRI DI VERIFICA

Le Parti si incontreranno:

- dopo l'approvazione dei bilanci del FSI relativi agli anni 2022 e 2023 al fine di monitorare le conseguenze delle modifiche concordate con il presente accordo e valutare gli eventuali opportuni interventi;
- entro il primo semestre del 2025 per una valutazione e un monitoraggio complessivo degli effetti delle modifiche concordate con il presente accordo.

INTESA SANPAOLO S.p.A.

FABI

FIRST/CISL

FISAC/CGIL

UILCA

UNISIN

Accordo firmato digitalmente

STATUTO

Indice

Capitolo 1 – Costituzione	pg. 2
Capitolo 2 – Beneficiari	pg. 3
Capitolo 3 – Contribuzioni e prestazioni	pg. 7
Capitolo 4 – Amministrazione	pg. 11
Capitolo 5 – Gestione	pg. 17
Capitolo 6 – Norme finali	pg. 20
Capitolo 7 – Norme transitorie	pg. 22
Capitolo 8 – Scioglimento	pg. 24

~~2017~~ **2022**

CAPITOLO 1 - COSTITUZIONE

Art. 1

1. In attuazione degli accordi collettivi del 2 ottobre 2010 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.

2. È fatto divieto di distribuire, anche in forma indiretta, utili o avanzi di gestione durante la vita dell'associazione.

3. Il "Fondo Sanitario" è articolato in Gestioni, cioè separate ed autonome evidenze contabili, con equilibrio annuale autonomo dell'andamento degli apporti contributivi e degli esborsi, individuati per ciascuna di esse sulla base degli accordi delle Fonti Istitutive, di pertinenza degli iscritti e dei relativi familiari resi beneficiari ai sensi della normativa contenuta nel presente Statuto. A decorrere dal 1° gennaio 2022 alle preesistenti Gestioni riferibili rispettivamente agli "iscritti in servizio" ed agli "iscritti in quiescenza" è aggiunta la cosiddetta "Gestione mista" con applicazione della normativa sempre contenuta nel presente Statuto.

4. Dalla medesima data è costituita anche un'ulteriore Gestione denominata "Fondo Protezione" la cui dotazione iniziale è costituita da:

- **un importo una tantum di 2 mln di euro che sarà riversato da Intesa Sanpaolo al Fondo Sanitario entro il 31.12.2021;**
- **una quota una tantum pari al 3% del patrimonio di pertinenza della "Gestione iscritti in servizio" rilevato al 31.12.2021;**
- **una quota una tantum pari al 3% del patrimonio di pertinenza della "Gestione iscritti in quiescenza" rilevato al 31.12.2021;**
- **il valore corrispondente all'importo residuo già destinato al finanziamento delle campagne di prevenzione risultante dal bilancio al 31.12.2021.**

Le disponibilità del Fondo Protezione vengono utilizzate per riconoscere a tutti gli iscritti al "Fondo Sanitario" le coperture Long Term Care (LTC) tempo per tempo definite mediante sottoscrizione di specifiche polizze assicurative, nonché le prestazioni aventi carattere di prevenzione tempo per tempo definite dal Consiglio di Amministrazione, sulla base dei programmi elaborati dal Comitato Scientifico del "Fondo Sanitario".

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".

3. Il "Fondo Sanitario" mette a disposizione degli iscritti lo Statuto, i Regolamenti delle prestazioni ed ogni altra informazione afferente l'associazione al "Fondo Sanitario" sul portale internet e presso la sede legale del "Fondo Sanitario".

CAPITOLO 2 - BENEFICIARI

Art. 4

1. Al "Fondo Sanitario" vengono iscritti **nella Gestione iscritti in servizio** (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;
- **ulteriori Società partecipate del Gruppo Intesa Sanpaolo cui le Fonti Istitutive decidano di estendere la possibilità di adesione al "Fondo Sanitario".**

2. Sono iscritti al "Fondo Sanitario" nella "Gestione mista", a richiesta, con le modalità e tempistiche stabilite dalle Fonti Istitutive, i titolari di contratti di agenzia o di mediazione instaurati, come monomandatari, con aziende del Gruppo Intesa Sanpaolo da almeno 6 mesi continuativi (di seguito "agenti").

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

4. L'iscritto in servizio" o l'"agente" possono ~~può~~ inoltre revocare l'iscrizione, sempre **tramite procedura online ovvero** inoltrando lettera raccomandata al "Fondo Sanitario", a partire dal settimo anno successivo all'iscrizione, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente.

5. Gli "iscritti in servizio" o gli "agenti" che abbiano assolto all'obbligo contributivo per almeno cinque anni, possono mantenere l'iscrizione al "Fondo Sanitario" ove **rispettivamente** cessino dal rapporto di lavoro con diritto a trattamento pensionistico **ovvero il diritto al pensionamento intervenga nel corso del rapporto di lavoro autonomo.**

6. 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 **in servizio" o dell'"agente"** con diritto a trattamento pensionistico di inabilità a carico dell'Assicurazione Generale Obbligatoria.

7. L'iscrizione può essere altresì mantenuta, dietro specifica istanza, anche da parte dei beneficiari degli iscritti **della "Gestione iscritti in servizio" e della "Gestione iscritti in quiescenza"** deceduti, se destinatari di un trattamento pensionistico di reversibilità o indiretto, senza possibilità di estendere le prestazioni ad ulteriori familiari.

8. Gli iscritti di cui ai commi ~~4, 5 e 6~~ (di seguito "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.~~ **del pensionamento.**

9. I beneficiari di cui al comma 7. devono avanzare formale richiesta di prosecuzione dell'iscrizione entro il termine del 4° mese successivo a quello della data di decesso dell'iscritto.

10. Gli "iscritti in servizio" ed i relativi eventuali superstiti di cui al comma 7 possono richiedere il mantenimento dell'iscrizione nella Gestione iscritti in quiescenza ovvero

nella Gestione mista.

11. Nei casi disciplinati dai commi 5 e 6, a seguito della richiesta di conferma di iscrizione di cui al comma 8, ~~In tal caso~~ l'iscrizione viene mantenuta come iscritto in servizio sino al 31 dicembre dell'anno **in cui viene maturato il diritto a pensione ~~in cui avviene la cessazione del rapporto di lavoro~~, con pagamento della relativa contribuzione.**

12. Analogamente si procede, nel caso di decesso dell'iscritto **di cui al comma 7**, 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.

13. L'iscritto in quiescenza" può revocare l'iscrizione, **tramite procedura online ovvero** inoltrando lettera raccomandata al "Fondo Sanitario":

- a partire dal 31 dicembre del terzo anno successivo a quello di iscrizione **alla "Gestione iscritti in quiescenza"** ~~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, **senza possibilità di successiva reiscrizione al "Fondo Sanitario"**.

14. Gli iscritti alla "Gestione mista" titolari di trattamento pensionistico possono revocare l'iscrizione al "Fondo Sanitario" a partire dal 31 dicembre del terzo anno successivo all'adesione a tale Gestione, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente, **senza possibilità di successiva reiscrizione al "Fondo Sanitario"**.

15. Non sono, in nessun caso, ammesse soluzioni di continuità nell'iscrizione al "Fondo Sanitario", **fatta eccezione per gli "agenti", che possono nuovamente iscriversi alla Gestione mista laddove diventino nuovamente titolari di un contratto di agenzia nei termini di cui al comma 2. del presente articolo.**

16. Gli "iscritti in servizio" che all'atto del pensionamento abbiano optato per il mantenimento dell'iscrizione nella "Gestione mista", decorsi almeno tre anni completi di permanenza in detta gestione, possono chiedere entro il 31 dicembre del terzo anno o di ogni anno successivo di essere iscritti alla Gestione iscritti in quiescenza a far tempo dal 1° gennaio dell'anno successivo alla richiesta.

17. Gli iscritti alla "Gestione iscritti in quiescenza" che abbiano richiesto l'iscrizione alla "Gestione mista" entro il 31 dicembre 2021, decorsi almeno tre anni completi di permanenza in detta gestione, possono chiedere entro il 31 dicembre del terzo anno o di ogni anno successivo di essere nuovamente iscritti alla "Gestione iscritti in quiescenza" a far tempo dal 1° gennaio dell'anno successivo alla richiesta.

18. Decorsi almeno tre anni completi di permanenza nella "Gestione Mista" possono chiedere, entro il 31 dicembre del terzo anno o di ogni anno successivo, di essere iscritti alla "Gestione iscritti in quiescenza" a far tempo dal 1° gennaio dell'anno successivo alla richiesta, con fruizione delle prestazioni di cui all'appendice 2 per un periodo di tre anni:

- i quiescenti iscritti per la prima volta al "Fondo Sanitario" a decorrere dal 1° gennaio 2022 alla "Gestione Mista"
- gli "iscritti in servizio" che hanno richiesto il mantenimento dell'iscrizione alla "Gestione mista" senza aver concluso il percorso di ingresso di cui al successivo art. 33
- gli "iscritti in servizio" che hanno richiesto il mantenimento dell'iscrizione alla "Gestione mista" all'atto del pensionamento.

19. La facoltà di cui al comma 18 del presente articolo è esercitabile un'unica volta,

senza possibilità di successiva iscrizione alla "Gestione mista", a condizione che il passaggio alla "Gestione iscritti in quiescenza" avvenga entro il 1° gennaio del quinto anno antecedente il compimento dell'età prevista come limite di esclusione stabilito nella copertura sanitaria tempo per tempo prevista per la "Gestione mista".

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 **o unito civilmente in assenza di scioglimento del vincolo;**
- 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 **anche autocertificato nei termini di legge.**

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 **o da autocertificazione nei termini di legge** 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 quotaparte, 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. I figli si considerano fiscalmente a carico anche nel caso in cui i benefici fiscali siano integralmente riconosciuti ad uno solo dei genitori; finché permane il carico fiscale, si prescinde dal requisito della convivenza.

5. 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 **o unito civilmente in assenza di scioglimento del vincolo;**
- 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 **o unito civilmente;**
- genitori di età non superiore a 80 anni;
- fratelli e/o sorelle conviventi da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto.

6. 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 **o da autocertificazione nei termini di legge** 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.

7. La disciplina stabilita dai commi 2 e 5 **6** è derogata in favore del coniuge (anche di fatto) **o dell'unito civilmente.**

8. Per gli iscritti legati da vincolo matrimoniale, **unione civile** o unione di fatto la condizione fissata dai commi 2 e 5 **6** è assolta 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.

9. 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 **o di autocertificazione nei termini di legge** che comprovino la sussistenza della convivenza per l'intero anno precedente.

10. Sempre nel rispetto del principio di continuità le facoltà indicate ai commi 1 e **4 5** possono essere esercitate entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo alla data in cui è determinato il diritto all'estensione delle prestazioni.

11. Decorsi i termini di cui ai commi **8-e 9 e 10** l'iscritto può esercitare le facoltà previste dai commi 1 e **4 5** in qualsiasi momento successivo all'evento, con pagamento della contribuzione dal mese in cui si è verificato l'evento per un massimo di quattro annualità 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.

12. Nel caso in cui il familiare beneficiario che ha perso i requisiti di iscrizione al "Fondo Sanitario" per effetto della variazione di stato civile e/o della convivenza si trovi nuovamente nelle condizioni previste dallo Statuto per essere reso beneficiario delle prestazioni da parte di un iscritto al "Fondo Sanitario", la richiesta potrà essere accolta, nel rispetto delle modalità e dei criteri previsti dal presente Statuto, con fruizione delle prestazioni decorso un anno intero dalla data della richiesta e pagamento della relativa contribuzione. Nel caso in cui il familiare rientri nello stesso nucleo familiare precedente è dovuta anche la contribuzione per l'intero periodo intercorrente tra la precedente revoca e la nuova estensione (con un massimo di quattro anni).

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.

2. Per i figli, i figli del coniuge o i figli del coniuge di fatto l'iscritto corrisponderà la contribuzione prevista per i familiari fiscalmente a carico fino alla fine dell'anno di compimento del 24.mo anno di età.

3. A partire dal 1° gennaio dell'anno successivo al compimento del 24.mo anno di età del figlio, del figlio del coniuge o del figlio del coniuge di fatto per tali familiari resi beneficiari verrà addebitata la contribuzione prevista per i familiari fiscalmente non a carico, salvo che l'iscritto faccia pervenire entro il 31 ottobre dell'anno successivo a quello di compimento del 24.mo anno di età idonea documentazione atta ad attestare la condizione di familiare fiscalmente a carico dell'iscritto ovvero del coniuge/coniuge di fatto. L'estensione delle prestazioni ai figli resta in ogni caso vincolata al requisito della convivenza con uno dei genitori, ovvero - nel caso di figli del coniuge/unito civilmente o del coniuge di fatto - alla convivenza con l'iscritto.

Art. 7

1. La qualifica di iscritto viene meno:

- contestualmente alla risoluzione del rapporto di lavoro senza diritto a trattamento pensionistico **(con esclusione del caso di percepimento della prestazione straordinaria da parte del Fondo di Solidarietà), ovvero di risoluzione del rapporto di agenzia o**

mediazione;

- **per gli iscritti alla Gestione Mista, al compimento del limite di età stabilito nella copertura sanitaria tempo per tempo prevista;**
 - per esercizio della facoltà di revoca contemplata dall'art. 4, comma 2, 3, 4 e 8;
 - per mancato esercizio della richiesta di cui al comma 7 **8, 9 e 10** 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 **intero** anno.
2. La qualifica di familiare beneficiario viene meno:
- in caso di perdita della qualifica di iscritto da parte del dipendente **o dell'"agente"**, 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;
 - a seguito di matrimonio/unione di fatto/**unione civile** del familiare beneficiario fiscalmente non a carico, ovvero del figlio fiscalmente a carico se non convivente con uno dei genitori;
 - a seguito di richiesta di revoca da parte del beneficiario maggiorenne, senza possibilità di essere nuovamente reso beneficiario.
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/**committente**, 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 **degli iscritti alla "Gestione mista" e per i rispettivi** familiari di questi ultimi sono definiti dai medesimi accordi collettivi **e riportati nella medesima Appendice 1.**
- 3. La Gestione del "Fondo Protezione" viene alimentata 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 sempre nell'Appendice 1 al presente Statuto.**
4. 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 2013~~21~~, di € 105.677-**109.100,75**-. 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. Per gli iscritti destinatari di trattamento pensionistico di reversibilità le quote percentuali previste a carico degli "iscritti in quiescenza" e dei relativi familiari beneficiari sono applicate sul 65% del trattamento pensionistico che sarebbe spettato al titolare deceduto e comunque su una base minima di € 20.000. Nel caso di iscritti destinatari di trattamento pensionistico indiretto le relative quote sono applicate sul 65% dell'ultima retribuzione in servizio. In entrambi i casi si applicano nel tempo le rivalutazioni previste al comma 2 che precede.

5. 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.

6. Il contributo contemplato dal comma che precede è addebitato all'iscritto in coincidenza della prima attribuzione retributiva successiva alla ripresa del servizio, se l'assenza è pari o inferiore a 12 mesi, con possibilità per il dipendente, di rateizzare l'importo dovuto in un periodo massimo di 12 mesi, ovvero tramite addebito annuale sul conto corrente, in caso di assenze di durata superiore.

7. 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.

8. Nel caso di decesso dell'iscritto **alla "Gestione iscritti in servizio" o dell'iscritto alla "Gestione iscritti in quiescenza"**, 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.

9. Nel caso previsto all'art. 4, comma 18. per il periodo di fruizione delle prestazioni di cui all'Appendice 2, l'iscritto versa il contributo definito dalle Fonti Istitutive per le prestazioni previste dalla predetta Appendice 2, nonché quello per gli eventuali familiari non a carico resi beneficiari e corrisponderà inoltre, a titolo di contributo d'ingresso:

- un importo pari allo 0,50% dell'imponibile pensionistico
- un importo pari allo 0,25% dell'imponibile pensionistico se il passaggio alla "Gestione mista" è avvenuto dalla "Gestione iscritti in servizio" senza concludere il percorso di ingresso di cui al successivo art. 33 ovvero dalla Gestione iscritti in servizio con richiesta di mantenimento dell'iscrizione alla Gestione mista all'atto del pensionamento.

Art. 10

1. Le contribuzioni a carico del datore di lavoro/**committente** 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 **alla "Gestione 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 contributo a carico degli iscritti alla "Gestione Mista", definito dalle Fonti Istitutive per le prestazioni previste all'Appendice 3, nonché quello per gli eventuali familiari resi beneficiari, è addebitato in unica soluzione sul conto corrente dell'iscritto in via anticipata.

5. 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.

6. 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 **ed all'art.6**, per effetto dell'esercizio delle facoltà contemplate **negli dall'articoli stessi**, sono dovute dal mese in cui si è verificato l'evento, con la precisazione che la variazione di carico fiscale ha efficacia dal 1° gennaio dell'anno in cui interviene.

7. 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. La contribuzione è comunque trattenuta fino al momento della comunicazione laddove la stessa sia effettuata oltre quattro mesi dal verificarsi dell'evento.

8. 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.

9. Il "Fondo Sanitario" non fa luogo a rimborsi di apporti economici ad esso versati, **fatta eccezione e fino a concorrenza, per la compensazione con eventuali prestazioni fruite successivamente alla perdita dei requisiti, come disciplinato dal comma 7. dell'art.11.**

Art. 11

1. Il "Fondo Sanitario" eroga agli iscritti **della "Gestione iscritti in servizio" e della "Gestione iscritti in quiescenza"**, sino a capienza delle proprie disponibilità, le prestazioni analiticamente indicate dai Regolamenti 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" riconosce agli iscritti alla "Gestione mista", tramite polizze ovvero convenzioni di cui si renda contraente, le prestazioni elencate nell'Appendice 3.

4. 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.

5. Il "Fondo Sanitario" attraverso la "Gestione Fondo protezione" riconosce inoltre, tramite polizze ad adesione collettiva di cui si rende contraente, le coperture LTC:
- **agli iscritti che non siano destinatari della analoga copertura di cui al CCNL del credito;**

- ai coniugi/uniti civilmente/coniugi di fatto degli iscritti;

6. Il "Fondo Sanitario" inoltre riconosce agli ulteriori iscritti che ne facciano richiesta, anche a favore dei familiari beneficiari, la copertura LTC ad adesione volontaria con onere a loro carico.

7. Il diritto alla fruizione delle prestazioni del "Fondo Sanitario" viene meno dal momento della perdita della qualifica di iscritto o di familiare beneficiario ai sensi dell'art. 7.

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. L'iscritto è tenuto a conservare e rendere disponibile a richiesta al "Fondo Sanitario" la documentazione in originale relativa a prestazioni oggetto di rimborso, per il periodo previsto dalla normativa fiscale tempo per tempo vigente.

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 **5** e del comma 3 del presente articolo, ed eventuali comunicazioni all'Autorità Giudiziaria.

3. È 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 dai Regolamenti 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 sé stesso e/o per i familiari beneficiari, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione al "Fondo Sanitario" che riconosce le prestazioni secondo quanto previsto dai Regolamenti delle prestazioni di pertinenza.

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~~ **alla "Gestione iscritti in servizio", alla "Gestione iscritti in quiescenza" ed alla "Gestione mista"**. 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 **rispettivamente** nelle cause di ineleggibilità e decadenza previste dagli artt. 2383~~2~~ 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~~ **169 del 23 novembre 2020**), 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 dagli agenti** e 2 eletti dagli iscritti in quiescenza **e dagli iscritti alla gestione mista titolari di trattamento pensionistico**, 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 (ove vi siano le condizioni tecniche, anche in "video/call conference" o con le eventuali altre modalità "a distanza" tempo per tempo individuate) 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;
- **deliberare sul conferimento, sul compenso e sulla durata, su proposta motivata del Collegio dei Sindaci, dell'incarico di revisione legale dei conti, nonché sulla revoca del medesimo per giusta causa, sentito il parere del Collegio dei Sindaci e la proposta motivata di quest'ultimo per il contestuale conferimento di un nuovo incarico;**
- **deliberare sull'eventuale azione di responsabilità nei riguardi dei soggetti incaricati della revisione legale dei conti.**

Art. 17

1. Il Consiglio di Amministrazione è composto da:

- a) 9 componenti designati dalla "Capogruppo";
- b) 9 componenti appartenenti ~~alla~~ categoria degli "iscritti in servizio" **e degli "agenti"**, ed eletti, ai sensi del successivo articolo 23 e del "Regolamento Elettorale", dai medesimi "iscritti in servizio" **e dagli "agenti"**;
- c) un componente appartenente alla categoria degli "iscritti in quiescenza", **compresi i titolari di trattamento pensionistico della "Gestione mista"**, eletto ai sensi del successivo articolo 23 e del "Regolamento Elettorale", dai medesimi iscritti in quiescenza **e dai titolari di trattamento pensionistico della "Gestione mista"**;

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 1 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 1;
 - nomina il Direttore, su proposta della "Capogruppo";
 - **effettua la verifica del possesso dei requisiti in capo ai propri componenti, al Collegio dei Sindaci nonché del Direttore previsti dal presente Statuto;**
 - 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;
 - **individua l'entità esterna a cui affidare il service amministrativo di cui all'art. 28 sulla base di criteri di affidabilità, esperienza e professionalità condivisi con la Banca esprime il proprio preventivo gradimento circa l'entità amministrativa di cui all'art. 28 e ne controlla l'efficace funzionamento;**
 - ~~- 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 **e revoca uno o più** ~~il~~ consulenti sanitari **di supporto al "Fondo Sanitario"** con funzioni di controllo sulle liquidazioni, sulla qualità delle convenzioni, e su ogni altro aspetto di carattere sanitario/**odontoiatrico;**
 - **può nominare e revocare un Comitato scientifico, composto sia da membri interni sia esterni al Consiglio di Amministrazione, con funzioni consultive e propositive relativamente alle linee guida in materia sanitaria, scientifica, di prevenzione e di assistenza; ai soli membri esterni è riconosciuto un gettone di presenza come definito dal Consiglio di Amministrazione;**
 - 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;
 - **stabilisce le politiche di gestione dei rischi e del sistema dei controlli, individuando specifici presidi (eventualmente anche esternalizzati) quali funzione del rischio, controlli interni (internal audit) e funzione attuariale;**
 - ~~- 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, **anche attraverso la "Gestione Fondo Protezione" di cui all'articolo 2, ed in**

- presenza di disponibilità economiche propone alle Fonti Istitutive** 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;
 - **può costituire al proprio interno singole commissioni con funzioni propositive e consultive.**

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 $\pm 15\%$ del patrimonio delle singole gestioni,
 - **individuazione dell'entità esterna cui affidare il service amministrativo di cui all'art. 28,**per cui è richiesto il voto favorevole di almeno due terzi dei componenti il Consiglio; **l'utilizzo del patrimonio nella misura percentuale sopra indicata può avvenire secondo le modalità di cui all'art.25 comma 10.**
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 VicePresidente.

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

i cui requisiti professionali devono corrispondere alle disposizioni dell'articolo 2397 del CC.

2. Il Collegio dei Sindaci controlla l'amministrazione del "Fondo Sanitario", vigila sull'osservanza della legge e dello Statuto, sul rispetto dei principi di corretta amministrazione e in particolare sull'adeguatezza dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile adottato dal "Fondo Sanitario" e sul suo concreto funzionamento.

3. Il Collegio inoltre formula all'Assemblea dei Delegati una proposta motivata in ordine al conferimento dell'incarico di revisione legale dei conti a società iscritta nell'apposito registro, nonché il proprio parere in caso di revoca del predetto incarico per giusta causa.

~~4. 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.~~

~~5. Fermo restando il potere di accertamento sussistente in capo a ciascun Sindaco, valide con la presenza di almeno due membri. **Le convocazioni sono effettuate tramite qualsiasi mezzo di comunicazione, anche telematico.**~~

6. Il Collegio redige il verbale di ciascuna riunione. Le riunioni del Collegio dei Sindaci sono valide con la presenza della maggioranza dei Sindaci e le relative deliberazioni sono assunte a maggioranza dei presenti.

7. È ammessa la presenza alle riunioni anche mediante mezzi di telecomunicazione. In tal caso il Collegio si considera riunito nel luogo di convocazione del Collegio medesimo, ove deve essere presente almeno un Sindaco.

8. 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.

9. 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".

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

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

12. 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.

~~13.~~ Il "Fondo Sanitario" corrisponde ai Sindaci iscritti al Registro dei Revisori Contabili un compenso fissato dall'**Assemblea dei Delegati** Consiglio di Amministrazione per la durata del mandato pari al minimo delle tariffe professionali dei dottori commercialisti vigenti all'atto dell'assunzione dell'incarico.

14. Non possono assumere la carica di Sindaco coloro che nell'esercizio precedente hanno ricoperto presso il "Fondo Sanitario" la carica di Amministratore.

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 7** 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/**committenti**;
 - 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. **Il bilancio, la relazione sulla gestione, la relazione dei Sindaci e quella di revisione legale sono depositati in copia presso la sede legale del "Fondo Sanitario" durante i quindici giorni che precedono l'Assemblea, affinché gli aderenti possano prenderne visione.**
4. **Il bilancio approvato e le relazioni di cui al comma 3 sono rese pubbliche sul portale internet del "Fondo Sanitario".**
5. Ferma restando l'unitaria rappresentazione del bilancio previsto dal comma 2 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 e **polizze assicurative** di pertinenza rispettivamente della **G**gestione degli iscritti in **servizio, della Gestione degli iscritti in quiescenza e della Gestione mista**, con equilibrio annuale autonomo delle separate gestioni. **Inoltre, deve essere data apposita evidenza degli apporti e degli esborsi di pertinenza della "Gestione Fondo Protezione", cui è attribuita una specifica quota di patrimonio come definito all'articolo 2 del presente Statuto e alla quale confluiscono gli apporti contributivi datoriali e degli iscritti.**
6. All'inizio di ogni esercizio, per gli anni 2011, 2012 e 2013 è 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. Fermo quanto precede, detto riversamento è aumentato al 6% a partire dall'anno 2014. **A partire dall'anno 2021, in caso di incapienza dell'avanzo di gestione degli iscritti in servizio, per garantire il contributo di solidarietà come sopra determinato nella misura del 6% si potrà attingere al patrimonio della gestione iscritti in servizio, entro un tetto massimo non superabile nel tempo di 15 12 milioni di euro, calcolato come sommatoria degli utilizzi nel corso degli anni.**
7. Si procederà inoltre, sempre con cadenza annuale, al trasferimento dal patrimonio della sezione "**Gestione** iscritti in servizio" alla "**Gestione** 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 alla pensione, chiedano di mantenere l'iscrizione alla "Gestione **iscritti in quiescenza**" di competenza a partire dal 1° gennaio dell'anno di riferimento.

8. Sempre con cadenza annuale, si procederà inoltre ad integrare la "Gestione Fondo Protezione" di un importo pari al 50% di quello determinato rapportando il totale del patrimonio della Gestione 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 alla pensione, chiedano di mantenere l'iscrizione alla "Gestione mista" a partire dal 1° gennaio dell'anno di riferimento ed al versamento del restante 50% alla "Gestione iscritti in quiescenza".

9. 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.

10. Qualora, nell'ambito di ciascun esercizio e separatamente per ogni gestione, disposti gli accrediti ed i riversamenti previsti ai commi che precedono, risulti uno squilibrio tra contribuzioni e prestazioni si procede al ripianamento utilizzando prioritariamente i rendimenti delle contribuzioni e del patrimonio e successivamente, e in egual misura, la "quota differita" di cui al capitolo "Rimborsi" del Regolamento delle Prestazioni di pertinenza e le riserve nei limiti e con i vincoli stabiliti dallo Statuto, **attingendo al patrimonio di pertinenza della gestione interessata, nel limite del 15%.** Qualora attuato quanto precede ed utilizzata l'eventuale residua "quota differita", si evidenziassero comunque risultati negativi di una o entrambe le definite separate gestioni relative agli iscritti in servizio e agli iscritti in quiescenza, il disavanzo dovrà essere ripianato da tutti gli iscritti alla/e **sezione gestione/i** interessata/e dal disavanzo secondo il criterio di addebito proporzionale alle contribuzioni versate.

11. L'utilizzo del patrimonio nel limite previsto dal comma che precede potrà avvenire per non oltre due esercizi consecutivi. Le Fonti istitutive dovranno, sin dal primo utilizzo, attivare un puntuale monitoraggio degli andamenti delle contribuzioni e delle prestazioni della/e gestione/i interessata/e al fine di individuare per tempo gli interventi necessari e dovuti per il ripristino delle condizioni di equilibrio.

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,~~ **e individuato** ai sensi dell'art. 18, comma 2, alinea ~~6~~ **7**.

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/**committenti** 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 e 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 guarentigie 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~~ **del contributo a carico del datore di lavoro definito nell'Appendice 1**, 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 ai Regolamenti delle prestazioni, per sé e per i familiari a carico.

3. Il contributo di ingresso sarà accantonato su un conto transitorio attivato nell'agente 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 ai Regolamenti 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 triennio 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 triennio 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 triennio 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 indice e cura 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.~~

Art. ~~36~~ **35**

1. Per l'esercizio 2011, in aggiunta a quanto stabilito all'art. 25, comma 4, è versato un contributo pari a 2,5 milioni di euro dalla sezione iscritti in servizio alla sezione iscritti in quiescenza.

2. Per l'esercizio 2012, in aggiunta a quanto stabilito all'art. 25, comma 4, è versato un contributo pari a 1,5 milioni di euro dalla sezione iscritti in servizio alla sezione iscritti in quiescenza.

3. Per l'esercizio 2013, qualora, disposti gli accrediti ed i riversamenti di cui ai commi ~~4,5~~ e **6, 7 e 9** dell'art. 25, erogate le prestazioni anche senza il pagamento della "quota differita" di cui al capitolo "Rimborsi" del Regolamento delle Prestazioni di competenza ed utilizzate le riserve nei termini stabiliti dallo Statuto, si evidenziasse comunque un risultato negativo della sezione iscritti in quiescenza, prima di dar luogo all'eventuale ripianamento da parte degli iscritti alla sezione iscritti in quiescenza secondo il criterio di addebito proporzionale alle contribuzioni versate, si darà corso al pagamento di un contributo straordinario dalla sezione iscritti in servizio in favore della sezione iscritti in quiescenza, finalizzato al ripianamento del disavanzo residuo nella misura massima di 1,5 milioni di euro, a condizione che la sezione iscritti in servizio sia in equilibrio in tale anno e nell'ambito di tale condizione.

CAPITOLO 8 - Scioglimento

Art. 36

1. Lo scioglimento del "Fondo Sanitario" è approvato dall'assemblea dei delegati con i quorum di cui all'art. 16 comma 6 in caso di:

- **sopravvenienza di situazioni o eventi che rendano impossibile il raggiungimento dello scopo ovvero il funzionamento del "Fondo Sanitario";**
- **accordo delle Fonti Istitutive.**

2. Le eventuali eccedenze che dovessero risultare all'atto della chiusura del "Fondo Sanitario" saranno devolute, con delibera del Consiglio di Amministrazione, ad associazioni, fondazioni o altri enti affini, che operino con finalità analoghe o comunque di supporto alle situazioni di bisogno del personale del Gruppo Intesa Sanpaolo.

APPENDICE N. 1

CONTRIBUZIONI A CARICO DEL DATORE DI LAVORO

€ 900 per ciascun dipendente o destinatario dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà iscritto a FSI

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.

La contribuzione calcolata come sopra descritta, una volta effettuata la rivalutazione ISTAT di ciascun anno, è incrementata:

- a) di € 20,00 a decorrere dal 1° gennaio 2022,
- b) di ulteriori € 20,00 a partire dal 1° gennaio 2024.

CONTRIBUZIONI A CARICO DELL'ISCRITTO

Iscritti alla Gestione Iscritti in servizio:

- 1,00 % per sé;
- 0,10 % per ogni familiare a carico (sino ad un massimo dello 0,30%);
- 1,00 % per ogni familiare non a carico (a decorrere dal 1° gennaio 2022)
- 1,10 % per ogni familiare non a carico (a decorrere dal 1° gennaio 2024)

Iscritti alla Gestione Iscritti in quiescenza:

- 3,00 % per sé;
- 0,25 % per ogni familiare a carico (sino ad un massimo dello 0,75%);
- 1,50 % per ogni familiare non a carico

GESTIONE FONDO PROTEZIONE

CONTRIBUZIONI A CARICO DEL DATORE DI LAVORO

€ 20,00 per ogni dipendente in servizio e per i destinatari dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà iscritto al FSI se destinatari della copertura LTC prevista dal CCNL di categoria, incrementati dal 1° gennaio 2024 a € 30,00 complessivi;

€ 30,00 per ogni iscritto in servizio e per coloro che siano destinatari dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà non destinatario delle coperture LTC prevista dal CCNL di categoria;

CONTRIBUZIONI A CARICO DELL'ISCRITTO

€ 10,00 a carico di ciascun iscritto in servizio/in quiescenza/destinatario dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà già coperto dalla LTC prevista dal CCNL di categoria;

€ 30,00 a carico di ciascun iscritto non coperto dalla LTC prevista dal CCNL di categoria e € 30,00 per l'eventuale coniuge/unito civilmente/convivente di fatto reso beneficiario

APPENDICE N. 3

POLIZZA PER PERSONALE ISCRITTO ALLA GESTIONE MISTA.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per interventi chirurgici.

Massimale annuo assicurato € 90.000,00 per nucleo

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (alta diagnostica, accertamenti, terapie)

Prestazioni di diagnostica e terapia

Massimale annuo assicurato: € 5.000,00

VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Massimale annuo assicurato di € 500,00

PACCHETTO MATERNITA'

Massimale assicurato di € 1.000,00 per evento gravidanza

PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

Fisioterapia da infortunio o patologie particolari (ictus cerebrale e forme neoplastiche invalidanti, neoplasie o forme degenerative encefaliche o midollari) e agopuntura

Massimale annuo assicurato € 300,00

PREVENZIONE

Prestazioni diagnostiche particolari

Prevenzione Cardiovascolare

Prevenzione Oncologica

Visita specialistica odontoiatrica e ablazione tartaro

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Prestazioni di implantologia

Massimale 2.300 euro

Avulsione (estrazione denti).

Massimale: 4 denti l'anno

ALTRE GARANZIE

Prevenzione Herpes Zoster e sue complicanze

Massimale illimitato

Test genetici prenatali non invasivi su DNA fetale

Massimale Condiviso con Pacchetto Maternità

Trisomia 21 – Sindrome di Down (figli di Assicurati)

Massimale: € 10.000

Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in servizio

1° gennaio ~~2017~~ **2022**

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 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. Ove l'iscritto intenda invece richiedere in prima istanza il rimborso al "Fondo Sanitario", esso avverrà in via definitiva ~~e senza applicazione di quota differita~~, in misura pari al 50% di quanto spettante in applicazione del presente Regolamento delle prestazioni.

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 "intra moenia" sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni "private".

Prestazioni Ospedaliere – Principi generali

In caso di ricovero in istituti di cura quali ospedali, cliniche o istituti universitari regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, 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 impreveduti 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;
- 4) **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 sostenute durante il periodo di ricovero medico per ragioni essenzialmente assistenziali e di mantenimento (lungodegenza) e non per cura di malattia in fase acuta. E' fissato un limite massimo di degenza di 40 giorni all'anno per assistito. Detti ricoveri sono riconosciuti a condizione che vengano effettuati presso ospedali, cliniche, reparti specialistici di case di cura e di RSA, hospice, ospedali di comunità.**
- 5) Il "Fondo Sanitario", ~~in via sperimentale per gli anni 2016 e 2017~~, rimborsa i farmaci già inseriti nel prontuario terapeutico nazionale e autorizzati all'immissione in commercio (codice AIC) che, a giudizio della Commissione Tecnico-Scientifica dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), possiedono il requisito dell'innovatività terapeutica.

Detti farmaci sono rimborsabili dal "Fondo Sanitario" a condizione che:

- non siano rimborsati dal Servizio Sanitario a livello nazionale e/o regionale;
- siano relativi al trattamento delle patologie oncologiche, virali e degenerative di cui al seguente elenco tassativo:
 - Neoplasie con caratteristiche istologiche di malignità
 - Epatite C
 - HIV
 - Sla e Sclerosi Multipla
 - Fibrosi cistica.

Il trattamento deve essere prescritto da Ente ospedaliero con indicazione della durata della terapia. La richiesta di rimborso, che sarà riconosciuta a seguito della valutazione del Consulente sanitario del "Fondo Sanitario" circa il rispetto dei requisiti sopra indicati, dovrà essere corredata da fattura e dalla prescrizione di cui sopra e sarà riconosciuta nel massimale annuo delle Prestazioni Ospedaliere.

A fronte di prescrizione da parte di enti ospedalieri con indicazione della durata della terapia, il Fondo rimborsa i medicinali chemioterapici, farmaci antiretrovirali, nonché medicinali reperibili solo all'estero. Sono accolte le prescrizioni del medico di base purché sia allegata copia originaria della prescrizione dell'Ente ospedaliero.

La richiesta di rimborso, che sarà riconosciuta a seguito della valutazione del Consulente sanitario del "Fondo Sanitario" circa il rispetto dei requisiti sopra indicati, dovrà essere corredata da fattura e dalla prescrizione di cui sopra e sarà riconosciuta entro un massimale annuo di 600 euro.

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 BIOUSIE CHIRURGICHE (escluse in corso di accertamenti endoscopici);
- ANGIOPLASTICA;
- CORONAROGRAFIA;
- DRENAGGI DELLE VIE BILIARI;
- ENDOSCOPIE OPERATIVE;
- LAPAROSCOPIE DIAGNOSTICHE;
- LITOTRIPSIE AD ESCLUSIONE DI QUELLE OSTEO-ARTICOLARI;
- 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.

Sono rimborsati gli oneri connessi a trattamenti di Procreazione Medico Assistita (PMA) per un massimo di tre cicli nel corso dell'intero periodo di vita fertile dell'iscritta/beneficiaria e con esclusione delle diagnosi embrionali pre-impianto.

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~~ € **200.000** per evento.

Il massimale indicato al comma che precede e' pari a ~~€ 300.000~~ € **400.000** 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 PMA € 2.500 per ciclo di fecondazione con un massimo di tre cicli per l'intero periodo di iscrizione al Fondo Sanitario.**

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.

Le franchigie di cui ai commi precedenti non si applicano in caso di ricoveri connessi a gravidanza, parto, dialisi, diabete e ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente Regolamento delle Prestazioni.

Le spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente, che non sono mai rimborsate) sono liquidate entro il limite giornaliero di € 300, con eccezione dei "Grandi Eventi Patologici" per cui sono liquidate entro il limite di € 350 al giorno (importi entrambi comprensivi dell'imposta sul valore aggiunto tempo per tempo applicata).

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 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 casi 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 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);
- 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);
- TERAPIA INTERFERONICA;
- INDAGINI DI GENETICA MOLECOLARE FINALIZZATE ALLA DIAGNOSI DELLE MALATTIE NEOPLASTICHE, A CONDIZIONE CHE LE STESSE SIANO PRESCRITTE DA ENTE OSPEDALIERO

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.

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, con applicazione di una franchigia a carico dell'iscritto del ~~20%~~ **10%**, **con un importo minimo di € 15**, dell'onere di ogni prestazione fruita, **fino al 31 dicembre 2023, importo minimo ridotto a € 10 a partire da 1° gennaio 2024.**

Le franchigie previste dai due commi precedenti non si applicano alle spese per dialisi e per i Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente Regolamento delle Prestazioni.

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.

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, con applicazione di una franchigia a carico dell'iscritto pari al **10% con un minimo di € 15 per ciascuna prestazione fruita, fino al 31 dicembre 2023, importo minimo ridotto a € 10 a partire da 1° gennaio 2024.**

- ~~visite specialistiche: 25%;~~
- ~~accertamenti diagnostici: 30%;~~
- ~~dell'onere di ciascuna prestazione fruita.~~

Fermo quanto previsto dai commi che precedono, le spese sostenute per i trattamenti fisioterapici e rieducativi sono rimborsabili, a valere sul massimale di cui al comma I, fino ad un massimo di ~~€ 800~~ **€ 1.000** annuo per nucleo familiare e solo a fronte di prescrizione

medica.

I massimali che precedono sono raddoppiati nel caso di Grandi Eventi Patologici, senza applicazione di franchigie a carico dell'iscritto.

In caso di trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da interventi di artroprotesi il massimale di ~~€ 800~~ € 1.000 è raddoppiato per una sola volta e può essere fruito entro 12 mesi dall'evento.

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 oltretutto 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 qualora rientranti nell'ambito delle finalità del Fondo Sanitario, con esclusione del materiale di consumo.

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;
- 2) spese per mezzi correttivi oculistici

fino al 31 dicembre 2023:

- massimale annuo di € 450 con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto, a fronte di prescrizione medica effettuata nel corso del quinquennio precedente;
- detto massimale è aumentato ad € 600 dal per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e.

a partire dal 1° gennaio 2024:

- **massimale annuo di € 600 con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto, a fronte di prescrizione medica effettuata nel corso del quinquennio precedente;**
- **detto massimale è aumentato ad € 800 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e.**

3) spese per interventi correttivi dei difetti visivi: massimale annuo di € 1.500, con franchigia del 20%;

4) spese per cure dentarie:

fino al 31 dicembre 2023:

- **massimale annuo di ~~€ 1.500~~ € 1.650, con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto, ridotta al 25% qualora le prestazioni vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati;**
- **a fronte di una spesa di importo pari o superiore ad ~~€ 6.500~~ € 7.100 in unica fattura suddivisa in un massimo di 4 fatture** riferite ad un piano di cure dentarie relative ad un unico iscritto/beneficiario, viene riconosciuta la facoltà di fruire, una tantum per l'intero periodo di iscrizione al Fondo Sanitario, oltre che del plafond relativo all'anno ~~di fatturazione della prima fattura di acconto~~ anche di quello relativo al biennio successivo, con un massimo di € ~~4.500~~ **4.950** complessivi. **Il rimborso della spesa avverrà a fronte della presentazione della fattura di saldo, corredata dalle eventuali fatture di acconto, a condizione che tra la prima fattura di acconto e quella di saldo non intercorrano più di 12 mesi;**
- **il massimale di cui al primo alinea è aumentato ad ~~€ 2.000~~ € 2.150 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e;**
- **spese per ablazione del tartaro e visita di controllo nel limite di € 75 per persona una volta all'anno, non considerati ai fini dell'esaurimento dei massimali di cui agli alinea che precedono;**

dal 1° gennaio 2024:

- **massimale annuo di € 1.750, con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto, ridotta al 25% qualora le prestazioni vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati;**
- **a fronte di una spesa di importo pari o superiore ad € 7.500 suddivisa in un massimo di 4 fatture riferite ad un piano di cure dentarie relative ad un unico iscritto/beneficiario, viene riconosciuta la facoltà di fruire, una tantum per l'intero periodo di iscrizione al Fondo Sanitario, oltre che del plafond relativo all'anno della prima fattura di acconto anche di quello relativo al biennio successivo, con un massimo di € 5.250 complessivi. Il rimborso della spesa avverrà a fronte della presentazione della fattura di saldo, corredata dalle eventuali fatture di acconto, a condizione che tra la prima fattura di acconto e quella di saldo non intercorrano più di 12 mesi;**
- **il massimale di cui al primo alinea è aumentato ad € 2.250 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e;**
- **spese per ablazione del tartaro e visita di controllo nel limite di € 75 per persona una volta all'anno, non considerati ai fini dell'esaurimento dei massimali di cui agli alinea che precedono;**

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 per spese rese necessarie da perdite o menomazioni anatomiche invalidanti certificate da Ente Pubblico.

Sono altresì rimborsate, con massimale annuo complessivo di € 600 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.
- ~~a fronte di prescrizione da parte di enti ospedalieri con indicazione della durata della terapia, medicinali chemioterapici, antidiabetici e farmaci antiretrovirali, nonché medicinali reperibili solo all'estero ovvero non erogati o parzialmente erogati in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono accolte le prescrizioni del medico di base purché sia allegata copia originaria della prescrizione 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 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~~ **1.800**, 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 formericostruttive rese necessarie da infortunio o conseguenti ai Grandi Eventi Patologici dicui 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;
- ricoveri presso stabilimenti termali, case di riposo e in cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi effettuati presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere, se prive di Direttore Sanitario che certifichi la prestazione;
- l'indennità di diaria nel caso di ricoveri domiciliari e/o ricoveri in pronto soccorso anche in regime di O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva).

Liquidazione delle prestazioni

Le prestazioni sono liquidate dietro presentazione, in copia 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 richiederla cartella clinica anche in un momento successivo.

La documentazione deve **essere conforme alle disposizioni fiscali vigenti** e 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.~~

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, nonché per le psicoterapie effettuate da psicologi iscritti all'albo e le cure dentarie effettuate da odontoiatra.

Modalità e tempistiche di erogazione

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

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

La documentazione 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 richieda il pagamento di un anticipo, il Fondo Sanitario, sudomanda 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 **al netto dell'eventuale quota a carico dell'iscritto (franchigie / scoperti).** ~~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 toraco-tomica

Intervento per embolia dell'arteria polmonare

CHIRURGIA GENERALE

- COLLO

Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia

- 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)

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

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
Ureterocistostomia 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
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 meningeomidollari
Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
Interventi per traumi cranio-cerebrali o vertebro-midollari
Interventi per tumori della base cranica per via transorale
Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi

OCULISTICA

Iridocicloretrazione
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
Disarticolazione interscapolo toracica
Emipelvectomy
Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto
Osteosintesi vertebrale
Tumori ossei e forme pseudo tumorali grandi segmenti o articolazioni, asportazione di

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 prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesiculectomia 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)
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia,
intervento di
Nefroureterectomia radicale con trattamento trombo cavale (compresa surrenectomia)
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomie, (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 E STATI PATOLOGICI

Si considerano "Malattie Gravi" le seguenti patologie:

- neoplasie maligne, inclusa la leucemia;
- infarto del miocardio*;
- ictus cerebrale*;
- pancreatite acuta;
- anemia aplastica;
- encefalite acuta;
- para e tetraplegia, compresa quella da infortunio;
- ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione*;
- sclerosi multipla;
- AIDS;
- distrofia muscolare;
- morbo di Parkinson;
- morbo di Alzheimer;
- SLA (sclerosi laterale amiotrofica);
- psicosi
- fibrosi cistica

* 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.



Fondo Sanitario Integrativo
del Gruppo Intesa Sanpaolo

Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in quiescenza

1° gennaio ~~2017~~ **2022**

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 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. Ove l'iscritto intenda invece richiedere in prima istanza il rimborso al "Fondo Sanitario", esso avverrà in via definitiva ~~e senza applicazione di quota differita,~~ in misura pari al 50% di quanto spettante in applicazione del presente Regolamento delle Prestazioni.

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 "intra moenia" sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni "private".

Prestazioni Ospedaliere – Principi generali

In caso di ricovero in istituti di cura quali ospedali, cliniche o istituti universitari regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, 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 imprevisi 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.
- 4) 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 sostenute durante il periodo di ricovero medico per ragioni essenzialmente assistenziali e di mantenimento (lungodegenza) e non per cura di malattia in fase acuta. E' fissato un limite massimo di degenza di 40 giorni all'anno per assistito. Detti ricoveri sono riconosciuti a condizione che vengano effettuati presso ospedali, cliniche, reparti specialistici di case di cura e di RSA, hospice, ospedali di comunità.**
- 5) Il "Fondo Sanitario" ~~in via sperimentale per gli anni 2016 e 2017~~, rimborsa i farmaci già inseriti nel prontuario terapeutico nazionale e autorizzati all'immissione in commercio (codice AIC) che, a giudizio della Commissione Tecnico-Scientifica dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), possiedono il requisito dell'innovatività terapeutica.

Detti farmaci sono rimborsabili dal "Fondo Sanitario" a condizione che:

- non siano rimborsati dal Servizio Sanitario a livello nazionale e/o regionale;
- siano relativi al trattamento delle patologie oncologiche, virali e degenerative di cui al seguente elenco tassativo:
 - Neoplasie con caratteristiche istologiche di malignità
 - Epatite C
 - HIV
 - Sla e Sclerosi Multipla
 - Fibrosi cistica.

Il trattamento deve essere prescritto da Ente ospedaliero con indicazione della durata della terapia. La richiesta di rimborso, che sarà riconosciuta a seguito della valutazione del Consulente sanitario del "Fondo Sanitario" circa il rispetto dei requisiti sopra indicati, dovrà essere corredata da fattura e dalla prescrizione di cui sopra e sarà riconosciuta nel massimale annuo delle Prestazioni Ospedaliere.

A fronte di prescrizione da parte di enti ospedalieri con indicazione della durata della terapia, il Fondo rimborsa i medicinali chemioterapici, farmaci antiretrovirali, nonché medicinali reperibili solo all'estero. Sono accolte le prescrizioni del medico di base purché sia allegata copia originaria della prescrizione dell'Ente ospedaliero.

La richiesta di rimborso, che sarà riconosciuta a seguito della valutazione del Consulente sanitario del "Fondo Sanitario" circa il rispetto dei requisiti sopra indicati, dovrà essere corredata da fattura e dalla prescrizione di cui sopra e sarà riconosciuta entro un massimale annuo di 600 euro.

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:

- AGIOBIOPSIE 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;
- 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;

Sono rimborsati gli oneri connessi a trattamenti di Procreazione Medico Assistita (PMA) per un massimo di tre cicli nel corso dell'intero periodo di vita fertile dell'iscritta/beneficiaria e con esclusione delle diagnosi embrionali pre-impianto.

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~~ € **200.000** per evento.

Il massimale indicato al comma che precede è pari a ~~€ 300.000~~ € **400.000** 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, i rimborsi sono effettuati applicando una franchigia del 25% per evento, con un massimo di € 2.000 per evento, ad eccezione dei "Grandi Eventi Patologici" di cui all'elenco in calce al presente Regolamento delle Prestazioni, cui si applica una franchigia del 15% per evento, sempre con un massimo di € 2.000 per evento.

In caso di ricovero non connesso ad intervento chirurgico di durata inferiore a 5 giorni (4 notti), la franchigia di cui al comma che precede non potrà essere comunque inferiore a € 500. Detta franchigia non si applica in caso di ricoveri connessi a gravidanza, parto, dialisi, diabete e ai Grandi Eventi Patologici.

Le spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente, che non sono mai rimborsate) sono liquidate entro il limite giornaliero di € 300, con eccezione dei "Grandi Eventi Patologici" per cui sono liquidate entro il limite di € 350 al giorno (importi entrambi comprensivi dell'imposta sul valore aggiunto tempo per tempo applicata).

Fermo restando tutto quanto precede, le spese relative agli eventi sotto indicati sono rimborsate con i seguenti limiti:

- in caso di parto cesareo o aborto pari a € 7.800 per evento;
- in caso di parto non cesareo pari a € 3.500 per evento;
- **in caso di PMA € 2.500 per ciclo di fecondazione con un massimo di tre cicli per l'intero periodo di iscrizione al Fondo Sanitario.**

Prestazioni Ospedaliere – Ulteriori Previsioni

In caso di ricovero ai 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:

- in caso di "Grandi Eventi Patologici" le spese per 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 giornaliere 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 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 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);
- 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);
- TERAPIA INTERFERONICA;
- INDAGINI DI GENETICA MOLECOLARE FINALIZZATE ALLA DIAGNOSI DELLE MALATTIE NEOPLASTICHE, A CONDIZIONE CHE LE STESSE SIANO PRESCRITTE DA ENTE OSPEDALIERO

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 40% delle spese effettivamente sostenute e documentate.

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, con applicazione di una franchigia **a carico dell'iscritto del ~~30%~~ 10% con un importo minimo di € 15, a carico dell'iscritto per dell'onere di** ogni prestazione fruita, **fino al 31 dicembre 2023, importo minimo ridotto a € 10 a partire dal 1° gennaio 2024.**

Le franchigie previste dai due commi precedenti non si applicano alle spese per dialisi e per i Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce al presente Regolamento delle Prestazioni.

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 del massimale annuo di € 3.000 per nucleo familiare, con applicazione di una quota a carico dell'iscritto nella misura del 40% delle spese effettivamente sostenute e documentate.

Qualora le prestazioni specialistiche rientranti nel massimale sopra indicato vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati, i relativi oneri verranno sostenuti direttamente dal "Fondo Sanitario" sino a concorrenza del citato massimale e nel rispetto delle previsioni contenute nel presente Regolamento, con applicazione di una franchigia **a carico dell'iscritto pari al del ~~30%~~ 10% a carico dell'iscritto con un minimo di € 15 per ciascuna prestazione fruita, fino al 31 dicembre 2023, importo minimo ridotto a € 10 dal 1° gennaio 2024.**

Fermo quanto previsto dai commi che precedono, le spese sostenute per i trattamenti fisioterapici e rieducativi sono rimborsabili, a valere sul massimale di cui al comma I, fino ad un massimo di ~~€ 800~~ **€ 1.000** annuo per nucleo familiare e solo a fronte di prescrizione medica.

Il massimale è raddoppiato nel caso di Grandi Eventi Patologici, senza applicazione di franchigie a carico dell'iscritto.

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 i mezzi correttivi oculistici (anche a contatto) con esclusione della montatura;
- spese per interventi per l'asportazione della cataratta, 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 oltretutto 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 qualora rientranti nell'ambito delle finalità del Fondo Sanitario, con esclusione del materiale di consumo.

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;
- 2) spese per mezzi correttivi oculistici:
 - fino al 31 dicembre 2023:**
 - massimale annuo di € 250, a fronte di prescrizione medica effettuata nel corso del quinquennio precedente e con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto;
 - detto massimale è aumentato ad € 350 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e.
 - a partire dal 1° gennaio 2024:**
 - **massimale annuo di € 400, a fronte di prescrizione medica effettuata nel corso del quinquennio precedente e con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto;**
 - **detto massimale è aumentato ad € 550 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e.**
- 3) spese per interventi di asportazione della cataratta e per la correzione dei difetti visivi: massimale annuo di € 1.800 con franchigia del 25%;

4) spese per cure dentarie:

fino al 31 dicembre 2023:

- massimale annuo di ~~€ 600~~ **€ 700**, con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto, **ridotta al 25% qualora le prestazioni vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati;**
- **a fronte di una spesa di importo pari o superiore ad € 3.000 suddivisa in un massimo di 4 fatture riferite ad un piano di cure dentarie relative ad un unico iscritto/beneficiario, viene riconosciuta la facoltà di fruire, una tantum per l'intero periodo di iscrizione al Fondo Sanitario, oltre che del plafond relativo all'anno della prima fattura di acconto anche di quello relativo al biennio successivo, con un massimo di € 2.100 complessivi. Il rimborso della spesa avverrà a fronte della presentazione della fattura di saldo, corredata dalle eventuali fatture di acconto, a condizione che tra la prima di fattura di acconto e quella di saldo non intercorrano più di 12 mesi;**
- il massimale di cui al primo alinea è aumentato ad ~~€ 800~~ **€ 900** per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e. Siderati ai fini dell'esaurimento dei massimali di cui agli alinea che precedono;

dal 1° gennaio 2024:

- **massimale annuo di € 750, con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto, ridotta al 25% qualora le prestazioni vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati;**
- **a fronte di una spesa di importo pari o superiore ad € 3.300 suddivisa in un massimo di 4 fatture riferite ad un piano di cure dentarie relative ad un unico iscritto/beneficiario, viene riconosciuta la facoltà di fruire, una tantum per l'intero periodo di iscrizione al Fondo Sanitario, oltre che del plafond relativo all'anno della prima fattura di acconto anche di quello relativo al biennio successivo, con un massimo di € 2.250 complessivi. Il rimborso della spesa avverrà a fronte della presentazione della fattura di saldo, corredata dalle eventuali fatture di acconto, a condizione che tra la prima fattura di acconto e quella di saldo non intercorrano più di 12 mesi;**
- **il massimale di cui al primo alinea è aumentato ad € 1.000 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e;**

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 per spese rese necessarie da perdite o menomazioni anatomiche invalidanti certificate da Ente Pubbico.

Sono altresì rimborsate, con massimale annuo complessivo di € 600 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.
- ~~a fronte di prescrizione da parte di enti ospedalieri con indicazione della durata della terapia, medicinali chemioterapici, antidiabetici e farmaci antiretrovirali, nonché medicinali reperibili solo all'estero~~

~~ovvero non erogati o parzialmente erogati in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono accolte le prescrizioni del medico di base purché sia allegata copia originaria della prescrizione 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 per nucleo familiare.

A carico dell'iscritto rimane una quota pari al 40% delle spese effettivamente sostenute e documentate; qualora le prestazioni rientranti nel massimale sopra indicato vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati, i relativi oneri verranno sostenuti direttamente dal "Fondo Sanitario" sino a concorrenza del citato massimale, con applicazione di una franchigia del 30% a carico dell'iscritto.

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~~ **€ 1.800** per nucleo familiare.

A carico dell'iscritto rimane una quota pari al 40% delle spese effettivamente sostenute e documentate; qualora le prestazioni rientranti nel massimale sopra indicato vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati, i relativi oneri verranno sostenuti direttamente dal "Fondo Sanitario" sino a concorrenza del citato massimale, con applicazione di una franchigia del 30% a carico dell'iscritto. In entrambi i casi la franchigia minima applicata non potrà essere inferiore ad € 25 per ogni visita/prestazione.

Esclusioni

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

- 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 formericostruttive 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;
- ricoveri presso stabilimenti termali, case di riposo e in cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi effettuati presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere, se privi di Direttore Sanitario che certifichi la prestazione.
- l'indennità di diaria nel caso di ricoveri domiciliari e/o ricoveri in pronto soccorso anche in regime di O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva).

Liquidazione delle prestazioni

Le prestazioni sono liquidate dietro presentazione, in copia 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 richiederela cartella clinica anche in un momento successivo.

La documentazione deve **essere conforme alle disposizioni fiscali vigenti e** 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.~~

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, nonché per le psicoterapie effettuate da psicologi iscritti all'albo e le cure dentarie effettuate da odontoiatra.

Modalità e tempistiche di erogazione

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

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

La documentazione 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 richieda il pagamento di un anticipo, il Fondo Sanitario, sudomanda 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 **al netto dell'eventuale quota a carico dell'iscritto (franchigie / scoperti) nella misura del 70% 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 toraco-tomica

Intervento per embolia dell'arteria polmonare

CHIRURGIA GENERALE

- COLLO

Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia

- 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)

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

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
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
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
Disarticolazione interscapolo toracica
Emipelvectomy
Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto
Osteosintesi vertebrale
Tumori ossei e forme pseudo tumorali grandi segmenti o articolazioni, asportazione di

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 prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesiculectomia 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)
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia,
intervento di
Nefroureterectomia radicale con trattamento trombo cavale (compresa surrenectomia)
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomie, (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 E STATI PATOLOGICI

Si considerano "Malattie Gravi" le seguenti patologie:

- neoplasie maligne, inclusa la leucemia;
- infarto del miocardio*;
- ictus cerebrale*;
- pancreatite acuta;
- anemia aplastica;
- encefalite acuta;
- para e tetraplegia, compresa quella da infortunio;
- ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione*;
- sclerosi multipla;
- AIDS;
- distrofia muscolare;
- morbo di Parkinson;
- morbo di Alzheimer;
- SLA (sclerosi laterale amiotrofica);
- psicosi
- fibrosi cistica

* 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.

Milano, 17 novembre 2021

Alle OOSS
FABI
FIRST/CISL
FISAC/CGIL
UILCA
UNISIN

A conferma delle rassicurazioni già fornite in ordine alla richiesta avanzata da Codeste OO.SS. a latere dell'accordo sottoscritto il 5 novembre 2021, Intesa Sanpaolo ribadisce di aver deciso di estendere l'applicazione delle previsioni contenute nell'art. 32 dello Statuto del Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo a decorrere dal 5 novembre 2021 anche a favore dei componenti il Consiglio di Amministrazione del Fondo Assistenza di Società del Gruppo UBI Banca e dell'Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa ai lavoratori della Banca delle Marche.

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

