

CGIL

GUIDE NORMATIVE
FISAC Gruppo IntesaSanpaolo

**FONDO SANITARIO
INTEGRATIVO
DEL S.S.N.
DEL GRUPPO
INTESA SANPAOLO**

Edizione ottobre 2010

Indice dei capitoli

Premessa	pag. 3
1 Beneficiari	pag. 4
1.1 Iscritti	pag. 4
1.2 Familiari beneficiari a richiesta	pag. 5
1.2.1 Opzioni iniziali	pag. 5
1.2.2 Opzioni successive	pag. 5
1.3 Cessazione e revoca dell'iscrizione	pag. 6
2 Contribuzioni	pag. 7
2.1 Contribuzioni a carico dell'azienda	pag. 7
2.2 Contribuzioni a carico del personale in servizio o esodato	pag. 7
2.3 Recupero della maggiore contribuzione	pag. 7
2.4 Contribuzioni a carico del pensionato	pag. 9
2.5 Impossibilità di restituzione delle contribuzioni versate	pag. 9
2.6 Trattamento fiscale delle contribuzioni	pag. 10
3 Prestazioni	pag. 10
3.1 Assistenza diretta e convenzionamenti	pag. 12
3.2 Modalità di rimborso – differita	pag. 12
3.3 Gestione amministrativa delle richieste di rimborso	pag. 13
3.4 Anticipo spese	pag. 14
3.5 Trattamento fiscale delle prestazioni	pag. 15
4 Percorso di avvicinamento con Polizza	pag. 16
4.1 Percorso per il personale in servizio o esodato	pag. 16
4.2 Percorso per pensionati	pag. 17

PREMESSA

In data 2 ottobre è stato sottoscritto l'accordo sul nuovo FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO, che sarà:

- **universale**, in quanto coinvolge tutto il personale in servizio, gli esodati e i pensionati, con i rispettivi familiari, delle 46 società del Gruppo (con CCNL Credito e CCNL Commercio),
- **mutualistico**, sia tra personale in servizio e pensionati che tra i dipendenti delle diverse aziende del Gruppo,
- **sostenibile**, con un equilibrio strutturale tra contribuzioni e prestazioni alimentato da un adeguato incremento delle risorse messe a disposizione dell'azienda.

Dal 1° gennaio 2011 viene quindi costituito il Fondo Sanitario, nel quale confluiscono la Cassa Sanitaria Intesa, la Cassa Assistenza Sanpaolo e il Fondo Interno di Assistenza Cariparo (FIA), con gestioni contabili separate tra iscritti in servizio e pensionati, ma con stesse contribuzioni complessive e prestazioni.

Le due gestioni avranno **MECCANISMI STRUTTURALI DI SOLIDARIETÀ**, attraverso:

1. la ripartizione iniziale tra le due gestioni, in proporzione al numero degli iscritti in servizio e in quiescenza, della somma dei patrimoni (riserve) delle attuali Casse;
2. il trasferimento annuo di una quota del patrimonio della gestione iscritti in servizio a quella pensionati, in base al numero di coloro che vanno in pensione nell'anno stesso e mantengono l'iscrizione alla gestione pensionati (nella logica che l'attivo "trasferisce" con l'iscrizione alla gestione pensionati quota delle riserve che ha contribuito ad accantonare);
3. l'ulteriore trasferimento annuo di una quota pari al 4%⁽¹⁾ della contribuzione complessiva della gestione iscritti in servizio, qualora sia in equilibrio, alla gestione dei pensionati.

Dal 1° gennaio 2011 sono inoltre iscritti al Fondo Sanitario con prestazioni "indirette", cioè tramite **polizza sanitaria**⁽²⁾ che verrà stipulata dal Fondo Sanitario (**vedi** capitolo "PERCORSO DI AVVICINAMENTO"):

- personale in servizio ed esodati, con i relativi familiari, delle società del Gruppo che attualmente hanno una polizza assicurativa (comprese le altre casse sanitarie che hanno prestazioni ridotte);
- pensionati dal 1/1/2007 (29/1/2008 per ex gruppo CRFirenze), con i relativi familiari, delle suddette società del Gruppo.

Il percorso di avvicinamento servirà a creare le condizioni di "sostenibilità" per l'ingresso di un numero elevato di lavoratori e pensionati, compresi i familiari, che attualmente hanno polizze sanitarie (in molti casi con prestazioni significativamente inferiori) - o che addirittura non hanno alcuna copertura sanitaria integrativa - e che quindi non hanno riserve accantonate. Ciò permetterà sia di costituire una quota di riserve sia di spostare sulla compagnia di assicurazione i rischi iniziali (che solitamente sono i più alti) delle ulteriori prestazioni.

Dipendenti Cassa Sanitaria Intesa.

L'accordo prevede l'assunzione entro il 31 marzo 2011, nell'ambito delle società del Gruppo, degli attuali 27 lavoratori di Cassa Sanitaria Intesa, a parità di oneri⁽³⁾.

1 - BENEFICIARI

1.1 ISCRITTI⁽⁴⁾

Sono iscritti **automaticamente** dal 1° gennaio 2011 al Fondo Sanitario con prestazioni “dirette”⁽⁵⁾ – **salvo facoltà di recesso irrevocabile** (in caso di recesso non sarà possibile la reinscrizione in futuro) da esercitarsi entro il 30 aprile 2011:

- **dipendenti, esodati, pensionati e relativi familiari già iscritti al 31/12/2010 a Cassa Sanitaria Intesa, Cassa Assistenza Sanpaolo e FIA;**
- **dipendenti assunti nel corso del 2010 con contratto a tempo indeterminato o di apprendistato con CCNL Credito 8/12/2007⁽⁶⁾ presso le società destinatarie della Cassa Intesa o Cassa Sanpaolo o FIA, che non abbiano ancora esercitato la facoltà di iscrizione nei termini previsti dai rispettivi Statuti;**
- **apprendisti assunti nel corso del 2010 presso Carive, Cariveneto, CariFVG, Carisbo, BdA e BN⁽⁷⁾;**
- **dipendenti delle società del Gruppo che hanno attualmente una polizza sanitaria (ad esclusione della polizza Banco Napoli), che nel corso del 2010 – incluse le cessioni con decorrenza 1/1/2011 - siano passati con cessione individuale del contratto di lavoro in società destinatarie della Cassa Intesa o Cassa Sanpaolo o FIA.**
- **neo assunti dal 1/1/2011 con contratto a tempo indeterminato o di apprendistato con CCNL Credito 8/12/2007⁽⁶⁾ di tutte le società del Gruppo⁽⁸⁾;**

L'iscrizione al Fondo Sanitario avviene automaticamente alla data di assunzione (meccanismo di silenzio-assenso). E' possibile rinunciare all'iscrizione entro la fine del 4° mese successivo alla data di assunzione. **Il recesso è irrevocabile e quindi non sarà possibile la reinscrizione in un momento successivo.**

I colleghi in servizio ed esodati iscritti al Fondo Sanitario che andranno in pensione a partire dal 1° gennaio 2011 possono richiedere di mantenere l'iscrizione. In tal caso rimangono nella gestione iscritti in servizio sino al 31 dicembre dell'anno in cui avviene la cessazione del rapporto di lavoro per poi passare alla gestione dei pensionati.

Iscrizioni tardive del personale

Non sono previste iscrizioni tardive per il personale in servizio, esodati e pensionati, mentre sono previste per i familiari.

Norma transitoria

Il personale già in servizio, gli esodati, nonché i pensionati dal 1/1/2007, che non si sono mai iscritti o che hanno revocato l'iscrizione a Cassa Sanitaria Intesa, Cassa Sanpaolo e FIA potranno chiedere l'iscrizione, per sé e per i familiari, al Fondo Sanitario entro il 30 aprile 2011. In questo caso saranno iscritti con prestazioni “indirette”, cioè tramite polizza sanitaria (vedi capitolo “PERCORSO DI AVVICINAMENTO”), e con il versamento del “contributo di ingresso” pari all'intera quota percentuale prevista per sé e per i familiari a carico⁽⁹⁾.

Il personale in servizio che abbia richiesto l'iscrizione tardiva presso la Cassa Intesa continuerà a versare il contributo pregresso dovuto e fruirà delle prestazioni dirette del Fondo Sanitario dal 1° gennaio 2011.

1.2 FAMILIARI BENEFICIARI A RICHIESTA

1.2.1 OPZIONI INIZIALI: da effettuare nella fase di costituzione del Fondo Sanitario entro il 30 aprile 2011, mentre per i nuovi assunti dal 1° gennaio 2011 entro la fine del 4° mese successivo alla data di assunzione.

E' possibile l'estensione sia ai familiari fiscalmente a carico che ai familiari non a carico, in base alle nuove norme statutarie.

Questa scelta, una volta esercitata, è irrevocabile (vedi le eccezioni nel paragrafo "CESSAZIONI E REVOCA DELL'ISCRIZIONE") e senza possibilità di ulteriori inserimenti, se non a seguito di variazioni del nucleo familiare (vedi il paragrafo "OPZIONI SUCCESSIVE").

⇒ **FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO.**⁽¹⁰⁾

Possono essere iscritti, in presenza dei necessari requisiti⁽¹¹⁾: coniuge / figli, anche adottati / altri (genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli/sorelle)

E' possibile l'estensione a favore dei soli coniuge e figli fiscalmente a carico.

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

⇒ **FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO.**

Possono essere iscritti, in presenza dei necessari requisiti⁽¹²⁾: coniuge / coniuge di fatto (anche unioni omosessuali) / figli, anche adottati / figli, anche adottati, del coniuge

E' possibile l'estensione a favore del solo coniuge fiscalmente non a carico o del coniuge di fatto.

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

Coniugi entrambi dipendenti, esodati, pensionati:

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

1.2.2 OPZIONI SUCCESSIVE: in caso di variazione del nucleo familiare.

Successivamente alle segnalazioni iniziali, è consentita l'iscrizione al Fondo Sanitario dei familiari elencati in precedenza unicamente a seguito di variazioni del nucleo familiare, **entro la fine del 4° mese successivo all'insorgenza del diritto.**

A titolo esemplificativo, gli eventi per i quali è possibile richiedere l'estensione delle prestazioni

sono:

- matrimonio o intervenuta convivenza in unione di fatto
- nascita, adozione o affidamento preadottivo di figli
- convivenza, intervenuta successivamente al momento dell'adesione e perdurante da un intero anno, con gli "Altri familiari fiscalmente a carico" e con i "Familiari fiscalmente non a carico" per i soli genitori e figli (per il coniuge o coniuge di fatto non si applica il requisito dell'anno minimo di convivenza).

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

Laddove intervengano variazioni dei carichi fiscali, è possibile, nel rispetto del principio della continuità, mantenere l'iscrizione del familiare, seppur con diversa contribuzione. Da tale possibilità sono esclusi i nonni, nipoti ex filio, fratelli/sorelle, i quali non possono rimanere iscritti se non sono più fiscalmente a carico dell'iscritto.

Iscrizioni tardive dei famigliari.

Le richieste pervenute oltre il termine dei 4 mesi sono accolte con il pagamento della contribuzione dal mese in cui si è verificato l'evento e con decorrenza delle prestazioni stesse a favore del familiare in questione trascorso un intero anno dalla data della richiesta stessa.

L'unica eccezione è per coniuge a carico e figli a carico: per questi soggetti il pagamento della contribuzione decorre sempre dal mese in cui si è verificato l'evento ma potranno fruire delle prestazioni dalla data della richiesta stessa.

1.3 CESSAZIONI E REVOCA DELL'ISCRIZIONE

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

- cessazione del rapporto di lavoro senza diritto a pensionamento o esodo (es. dimissioni o licenziamento)
- compimento di gravi irregolarità nei confronti del Fondo Sanitario, ascrivibili all'aderente od ai familiari beneficiari delle prestazioni
- revoca irrevocabile dell'iscrizione, da parte del dipendente, dal 7° anno successivo all'iscrizione
- revoca irrevocabile dell'iscrizione, da parte del pensionato, dal 3° anno successivo al pensionamento o qualora vi sia un aumento delle contribuzioni a carico dell'iscritto superiore al 10% su base annua
- perdita dei requisiti necessari per i familiari beneficiari⁽¹³⁾; pertanto devono essere comunicati tempestivamente al Fondo Sanitario i casi di decesso o la perdita dei requisiti da parte dei familiari, quali ad esempio la separazione legale o il divorzio, la variazione del carico fiscale, il termine della convivenza anagrafica.

In caso di dimissioni o licenziamento, nonché pensionamento senza iscrizione alle gestione iscritti in quiescenza, il personale fruisce delle prestazioni esclusivamente per il mese in cui si verifica l'evento e poi decade dall'adesione al Fondo Sanitario.

2 - CONTRIBUZIONI

2.1 CONTRIBUZIONI A CARICO DELL'AZIENDA

Il contributo è in cifra fissa annua per ciascun dipendente ed esodato iscritto al Fondo Sanitario, nella misura di € 900 per il 2011; viene annualmente rivalutato in base all'indice Istat. L'azienda versa la propria quota in un'unica soluzione ad inizio anno, mentre per i nuovi assunti contestualmente all'iscrizione.

2.2 CONTRIBUZIONI A CARICO DEL PERSONALE IN SERVIZIO O ESODATO

La contribuzione è calcolata sulla retribuzione imponibile INPS, nelle seguenti misure percentuali:

- **1,00%** per sé (con recupero della maggiore contribuzione – vedi paragrafo successivo),
- **0,10%** per ogni familiare fiscalmente a carico, sino max 0,30% per tre o più fam. a carico,
- **0,90%** per ogni familiare fiscalmente non a carico.

Le percentuali contributive si applicano su un imponibile massimo di € 100.000, rivalutato annualmente in base all'indice Istat.

La contribuzione a carico del dipendente per sé e per i propri familiari è trattenuta mensilmente sulle buste paga direttamente dall'azienda.

La contribuzione del personale in esodo è addebitata mensilmente sul c/c.

Contribuzione del personale a part time

Il personale a part time ha una contribuzione calcolata sull'imponibile figurativo che percepirebbe a tempo pieno.

Contribuzione del personale assente senza retribuzione

Il personale assente dal servizio senza diritto alla retribuzione (ad esempio aspettativa) ha una contribuzione calcolata sull'imponibile figurativo che percepirebbe in servizio. La trattenuta viene fatta all'iscritto con la prima retribuzione utile al rientro in servizio, con possibilità di rateizzare l'importo fino a 12 rate.

2.3 RECUPERO DELLA MAGGIORE CONTRIBUZIONE

I maggiori oneri contributivi a carico dei dipendenti iscritti alle attuali Casse vengono compensati da parte dell'azienda mediante specifico incremento della corrispondente percentuale al rispettivo Fondo Pensione, non assorbibile a seguito di eventuale incremento dell'aliquota previdenziale.

I dipendenti iscritti unicamente ad un regime di previdenza complementare a prestazione definita o non iscritti ad alcun fondo pensione, per fruire del recupero dei maggiori oneri contributivi, devono iscriversi, con richiesta da effettuare entro il 30 giugno 2011, ad uno dei fondi pensione di riferimento del Gruppo (FAPA, Fondo Pensioni Sanpaolo e Fondo PrevidSystem per il Personale Dirigente), senza ulteriori obblighi di versamento contributivo in capo all'azienda e al lavoratore⁽¹⁴⁾.

Fondo Sanitario di Gruppo
(aggiornamento ottobre 10)

In caso contrario, il collega perde definitivamente il diritto al recupero dei maggiori oneri contributivi.

La contribuzione per il Fondo Sanitario è calcolata sull'imponibile Inps e può essere quindi diversa da quelle delle attuali Casse; può anche essere diversa dalla retribuzione imponibile utile per i Fondi Pensione (che è solitamente l'imponibile TFR, tranne per i colleghi ex Comit iscritti al Fapa la cui contribuzione è calcolata su imponibile Inps). Verrà quindi fatto uno specifico calcolo per rapportare il maggiore onere contributivo ad aliquota percentuale aggiuntiva che l'azienda dovrà versare al Fondo Pensione.

TABELLA DELLE ATTUALI CONTRIBUZIONI

Cassa precedente	Tipologia iscritto	Contribuzione attuale
Cassa Intesa	Assunti post 1/1/03	1% imp. Inps ⁽¹⁵⁾
	Ex Comit	0,10% imp. Inps ⁽¹⁶⁾
	Ex Bav	0,30% imp. Inps ⁽¹⁷⁾
	Ex Cariplo	1,10% imp. Inps ⁽¹⁸⁾
Cassa Sanpaolo	Ex Sanpaolo	0,80% imp. TFR – storno 0,50% imp. Inps(*) ⁽¹⁹⁾
	BdA	
	Eurizon Capital	
	Assunti post 1/1/09	0,80% imp. TFR ⁽²⁰⁾
	Ex BNC	
	CarisBo	
	CariFVG	
CariVe		
FIA	CariVeneto	0,50% imp. Cassa Previdenza Cariparo ⁽²¹⁾

(*) Banco di Napoli: lo 0,50% viene parzialmente utilizzato a copertura attuale polizza e l'eventuale differenza viene versata al Fondo Pensioni.

La misura della compensazione sarà calcolata, a livello individuale, con riferimento agli imponibili al 31/12/2010; per i part time e per i colleghi per i quali era previsto un limite all'imponibile contributivo (Cassa Sanpaolo) il calcolo verrà fatto rapportando la nuova contribuzione agli imponibili previsti dalle norme precedenti.⁽²²⁾

Per il personale beneficiario della polizza ex Banco di Napoli, alla scadenza dell'attuale polizza sarà confermato al Fondo Pensione l'intero versamento dello 0,50% dell'imponibile TFR.

Gli esodati recupereranno i maggiori oneri contributivi attraverso una ulteriore erogazione, entro il 30 settembre 2011, a titolo di trattamento aggiuntivo del TFR, pari al valore attuale della contribuzione aggiuntiva calcolata come per i dipendenti in servizio moltiplicata per il numero di mesi intercorrenti tra il 31 dicembre 2010 e la finestra pensionistica prevista al momento della sottoscrizione dell'accordo sul Fondo di Solidarietà.

Per gli esodati iscritti al FIA, l'azienda continuerà a corrispondere la contribuzione dell'1,50%⁽²³⁾ attualmente versata a scapito delle contribuzioni individualmente dovute da ciascun esodato.

2.4 CONTRIBUTUZIONI A CARICO DEL PENSIONATO

La contribuzione è calcolata sulla pensione AGO comunicata al momento del pensionamento, rivalutata annualmente in base alla perequazione Inps, nelle seguenti misure percentuali:

- **3,00%** per sé
- **0,10%** per ogni familiare fiscalmente a carico (sino max 0,30% per tre o più familiari a carico)
- **0,90%** per ogni familiare fiscalmente non a carico.

Le percentuali contributive si applicano su un imponibile massimo di € 100.000, rivalutato annualmente in base all'indice Istat.

La contribuzione del personale in pensione è addebitata mensilmente sul c/c.

Per i pensionati iscritti al FIA, l'azienda continuerà a corrispondere la contribuzione dell'1,50%⁽²³⁾ a scomputo delle contribuzioni individualmente dovute da ciascun pensionato.

2.5 IMPOSSIBILITA' DI RESTITUZIONE DELLE CONTRIBUTUZIONI VERSATE

Come principio generale il Fondo Sanitario non restituisce le contribuzioni ad esso versate.

Ricordiamo che nel caso di variazione con perdita dei requisiti per la copertura sanitaria, il contributo individuale è dovuto sino al momento della comunicazione dell'evento che ha modificato lo status dell'aderente o del suo nucleo familiare, mentre le prestazioni cessano dal momento in cui l'evento si è verificato: pertanto ritardi nel comunicare le variazioni determinano esborsi non restituibili da parte del Fondo Sanitario e storno di eventuali rimborsi ottenuti dopo la data in cui la perdita dei requisiti si è realizzata (es. cessazione dello stato di convivenza, separazione legale, ecc.).

2.6 TRATTAMENTO FISCALE DELLE CONTRIBUTUZIONI

La contribuzione versata al Fondo Sanitario, comprese le quote relative ai familiari beneficiari indipendentemente dal carico fiscale, non concorre alla formazione del reddito imponibile ai fini IRPEF nel limite complessivo di € 3.615,20 comprensivo della quota a carico dell'azienda (tale importo è stato definito dalla "legge finanziaria 2008").

Poiché l'importo della contribuzione effettivamente versata nel Fondo Sanitario è quindi deducibile, la trattenuta netta in busta paga è significativamente inferiore.

Esempio: un collega con retribuzione imponibile INPS di € 44.000 verserà al Fondo Sanitario una contribuzione di € 440 annui. Considerando che, per il suo reddito, l'aliquota marginale IRPEF è il 38%, avrà di fatto un costo netto in busta paga di circa € 270 (circa € 20 nette al mese).

3 - PRESTAZIONI

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

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

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

PRESTAZIONI	RIMBORSI	
	Massimali annui per nucleo familiare (ad eccezione ricoveri)	FRANCHIGIA
<p>Ticket dovuti al Servizio Sanitario Nazionale Le quote di partecipazione alla spesa del S.S.N. per analisi e visite specialistiche (ad esclusione quindi di quelle per farmaci) sono rimborsabili integralmente e senza indicazione della patologia. N.B.: è prevista l'equiparazione, con rimborso totale, delle spese per analisi e accertamenti diagnostici sostenuti presso strutture private nel caso in cui l'importo sia equivalente a quello del ticket.</p>	100%, nell'abito dei massimali previsti per le diverse prestazioni.	Nessuna
<p>Ricoveri e prestazioni ospedaliere</p> <ul style="list-style-type: none"> - ricovero, con o senza intervento chirurgico, in clinica privata o in ospedale con trattamento privatistico (rette di degenza, onorari del chirurgo, aiuto, assistente, anestesista, sala operatoria e materiale d'intervento, esami, cure e terapie); <p><u>Prestazioni ospedaliere:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - assistenza infermieristica e assistenziale durante il ricovero (effettuata da soggetti abilitati) - spese sostenute nei 90 giorni precedenti (120 gg se ricovero S.S.N.) e successivi al ricovero o intervento ambulatoriale (raddoppiati n caso di grandi eventi patologici): visite mediche, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, 	€ 150.000 per evento (aumenta a € 300.000 per evento per grandi interventi e malattie gravi elencate in fondo al Regolamento) di cui massimo: <ul style="list-style-type: none"> - parto fisiologico: € 3.500 - parto cesareo o aborto: € 7.800 	Nessuna, ad eccezione di: <ul style="list-style-type: none"> - € 500 per ricovero senza intervento chirurgico di durata inferiore a 5 giorni (4 notti). Non si applica in caso di ricoveri per gravidanza, parto, dialisi, diabete. - intervento chirurgico ambulatoriale: franchigia 20%.

<p>esami e accertamenti diagnostici, medicinali, protesi e noleggio/acquisto presidi;</p> <p><u>Ulteriori prestazioni:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - assistenza infermieristica domiciliare (€ 60 al giorno per max 90 gg / 180 gg per grandi eventi patologici) - spese per trasporto in ospedale o clinica in autoambulanza, eliambulanza e, per grandi interventi, aereo/treno/traghetto: € 1.500. - spese per accompagnatore: € 100 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento 		
<p>Diaria sostitutiva in caso di ricovero presso una struttura pubblica, anche in day hospital</p> <p>Riconosciuta in aggiunta alla liquidazione di oneri per “prestazioni ospedaliere” e “ulteriori prestazioni” per ricoveri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - € 90 al giorno, con un massimo per beneficiario e per evento di 90 giorni, elevati a 180 giorni in caso di grandi eventi patologici. - diaria minima di € 500 in caso di parto non cesareo. 	Nessuna
<p>Prestazioni specialistiche particolari (alta diagnostica)</p> <p>esami angiografici venosi ed arteriografici; diagnostica endoscopica; risonanza magnetica nucleare (rmn); scintigrafia; tac; pet; ricerche genetiche per malformazioni fetali (amniocentesi, prelievo villi coriali, ecc.) quando eseguite in stato di gravidanza; esami di oncologia molecolare; chemioterapia antineoplastica; immunoterapia antineoplastica; radioterapia antineoplastica; dialisi (extracorporea o peritoneale); doppler/ecodoppler; elettroencefalogramma; holter; mielografia; moc; terapia interferonica</p>	<p>€ 15.000, aumentati a € 30.000 per grandi eventi patologici</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 20%; - in caso di prestazioni erogate presso centri convenzionati (rete diretta Cassa Intesa o rete Previmedical) non si applica la franchigia del 20% ma quota fissa di € 50
<p>Prestazioni specialistiche private</p> <p>onorari medici per visite specialistiche comprese quelle omeopatiche, prestazioni specialistiche, analisi e esami diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi</p>	<p>€ 3.000 per il 2011 € 3.500 per il 2012 € 4.000 dal 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> - di cui massimo € 800 per fisioterapie. 	<ul style="list-style-type: none"> - 30%; - in caso di prestazioni erogate presso medici e centri convenzionati non si applica la franchigia del 30% ma quota fissa di € 20 per visite e € 35 per diagnostica

Psicoterapia e psicoanalisi	€ 1.500	30%, con un minimo di € 25 per ogni visita
Mezzi correttivi oculistici (compresa la montatura)	€ 450	30%
Laserterapia per correzione difetti visivi	€ 1.500	20%
Cure dentarie	€ 1.500	30%
	+ € 75 per persona una volta l'anno per ablazione tartaro e visita di controllo (questi importi si sommano al massimale di € 1.500)	
Protesi ortopediche e oculistiche	€ 3.000 (a seguito di certificazione SSN di invalidità anche temporanea), di cui massimo € 600 per protesi/presidi senza invalidità, per medicinali prescritti da enti ospedalieri o reperibili solo all'estero; per latte in polvere prescritto dal medico per neonati entro 6 mesi di vita fino a € 300 di spesa.	
Protesi auditive	€ 2.000	
Assistenza e ricovero per intossicazioni dovute ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni, stupefacenti	€ 1.500	30%

3.1 ASSISTENZA DIRETTA E CONVENZIONAMENTI

Il Fondo Sanitario utilizzerà la rete di convenzionamenti diretti della Cassa Sanitaria Intesa nonché quella di Previmedical.

Le modalità di richiesta da parte dell'iscritto sono ancora da definire.

3.2 MODALITA' DI RIMBORSO – DIFFERITA

Viene previsto il meccanismo della “differita”, cioè la liquidazione dei rimborsi avviene attraverso il **pagamento immediato del 80% delle somme spettanti e con il differimento della restante percentuale (quota differita)**, subordinato al risultato di bilancio da approvarsi entro il 30 giugno dell'anno successivo.

Il meccanismo tende a favorire l'utilizzo del Servizio Sanitario Pubblico e a disincentivare l'utilizzo di strutture private.

La **liquidazione integrale immediata, senza applicazione di quote differite**, dei rimborsi spettanti è prevista per:

- ticket sanitari;
- indennità giornaliera e connessi oneri rimborsabili in caso di ricoveri presso struttura pubblica;
- Grandi Eventi Patologici (Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Malattie);
- Prestazioni specialistiche private e Alta diagnostica effettuate da medici e strutture convenzionate.

Le altre prestazioni - ferma restando l'applicazione dei massimali, limiti, franchigie e scoperti minimi statutariamente previsti - sono liquidate con le modalità della differita.

L'erogazione della **quota differita** avviene entro il 30 giugno dell'anno successivo a seguito dell'approvazione del bilancio e previo accertamento delle effettive disponibilità nelle singole gestioni sulla base del risultato di esercizio, con priorità di erogazione delle prestazioni per ricoveri e cure dentarie fino alla concorrenza della cd "soglia delle risorse vincolate" prevista dal D.M. 27/10/2009 (20% del totale delle prestazioni) nonché per quelle sostenute dagli iscritti portatori di handicap in situazione di gravità.

Nel caso di incapienza degli avanzi delle singole gestioni, il rimborso avviene in misura proporzionale alla parte rimanente della quota stessa. Lo Statuto del Fondo Sanitario prevede che il CdA possa deliberare l'utilizzo aggiuntivo di una quota non superiore al 10% del patrimonio della specifica gestione.

Limitatamente al primo triennio, qualora nell'ambito di ciascun esercizio e separatamente per ogni gestione, risulti uno squilibrio tra le contribuzioni (compresi i meccanismi strutturali di solidarietà) e le prestazioni, si procederà al ripianamento utilizzando prioritariamente i rendimenti delle contribuzioni e del patrimonio e, successivamente, in uguale misura:

- la quota "differita"
- le riserve nei limiti e con i vincoli stabiliti nello Statuto.

Qualora risulti ancora uno squilibrio, si procede al ripianamento dello stesso da parte degli iscritti alla gestione secondo il criterio di addebito proporzionale alle contribuzioni versate. In tale caso si attiverà il confronto tra le Fonti Istitutive al fine di individuare le idonee soluzioni su contribuzioni e/o prestazioni, per garantire l'equilibrio della/e gestione/i per i successivi esercizi. *In sostanza, è ovvio che in questa situazione si attiva immediatamente il confronto tra OO.SS. e Azienda.*

3.3 GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO

La gestione amministrativa delle richieste di rimborso è affidata a **service esterno**.

Il service cura la verifica della documentazione giustificativa delle spese sanitarie sostenute e determina l'importo liquidabile a ciascun iscritto, in applicazione dei criteri fissati dallo Statuto.

La **trasmissione e pervenimento** delle richieste di rimborso deve avvenire nei seguenti termini:

- **31 dicembre:** i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza;
- **successivamente al 31 dicembre ed entro il 31 marzo dell'anno successivo:** i giustificativi di spesa con data dell'anno precedente sono liquidati a valere sul computo dei massimali dell'anno di competenza, nonché sono ammessi alla liquidazione, ad avvenuta

regolarizzazione richiesta, i giustificativi di spesa presentati nel termine precedente del 31/12, respinti in quanto irregolari;

- **30 giugno dell'anno successivo:** sono ammessi alla liquidazione, ad avvenuta regolarizzazione richiesta, unicamente i giustificativi di spesa presentati nel termine precedente del 31/3, respinti in quanto irregolari (sempre a valere sul computo dei massimali dell'anno di competenza).

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

Le spese sanitarie sostenute possono essere inoltrate per il rimborso quando raggiungano **almeno l'importo di € 100**, anche sommando diverse richieste riferite allo stesso nucleo familiare contenute nella medesima busta; le richieste di **importo inferiore** devono essere inviate a partire dal **mese di ottobre** dell'anno cui si riferiscono i giustificativi di spesa.

Le richieste di rimborso vanno inoltrate utilizzando i moduli specifici e allegando i giustificativi di spesa in originale; in particolare:

- per i ricoveri in strutture private, cartella clinica;
- per i ricoveri in strutture del SSN, lettera di dimissione con indicazione del periodo di ricovero e la motivazione;
- per le visite specialistiche, giustificativi di spesa del medico (non occorre l'indicazione della patologia);
- per le prestazioni specialistiche, giustificativi di spesa certificati o prescritti da medico;
- per le cure dentarie è necessario che la fattura sia accompagnata da un modulo specifico da far compilare e sottoscrivere al dentista;
- per il rimborso di mezzi correttivi oculistici deve essere inviata la fattura dell'ottico riportante il grado di correzione delle lenti/occhiali forniti, nonché la prescrizione medica iniziale (con data non anteriore ai 5 anni massimi) della necessità di correzione visiva;

Le prestazioni saranno liquidate, di massima, entro 45 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa. I rimborsi sono riconosciuti direttamente sul conto corrente di accredito delle competenze mensili intestato all'aderente e la documentazione è restituita all'iscritto, unitamente al prospetto di liquidazione predisposto dal service.

Le prestazioni sono erogate al netto di quanto rimborsato ovvero anticipato da parte di terzi (ad es. Servizio Sanitario Nazionale, Compagnie di assicurazione, ecc.). Pertanto l'aderente è tenuto a fornire tempestiva e formale comunicazione al Fondo Sanitario di quanto percepito a titolo di rimborso o di anticipo, al fine di consentire gli opportuni compensi.

3.4 ANTICIPO SPESE

Nei casi di ricoveri con intervento chirurgico presso struttura non convenzionata per il quale venga richiesto il pagamento di un anticipo, il Fondo Sanitario, corrisponde a tale titolo un massimo del 50% dell'onere complessivo rimborsabile legato all'intervento, con un importo minimo di € 5.000, con conguaglio a cura ultimata.

3.5 TRATTAMENTO FISCALE DELLE PRESTAZIONI

In conseguenza delle agevolazioni fiscali previste sulla contribuzione, **tutte le spese rimborsate dal Fondo Sanitario non sono detraibili dalle imposte**. Restano, pertanto, detraibili unicamente le quote delle spese non riconosciute dal Fondo Sanitario (quali franchigie, oneri eccedenti i massimali o comunque non rimborsabili).

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

4 - “PERCORSO DI AVVICINAMENTO” CON POLIZZA

Sono iscritti dal 1° gennaio 2011 al Fondo Sanitario con prestazioni “indirette”, cioè **tramite polizza sanitaria gestita dal Fondo Sanitario**⁽²⁴⁾ (percorso di avvicinamento alle prestazioni dirette del Fondo), **salvo facoltà di recesso irrevocabile** (non sarà possibile la reiscrizione in futuro) da esercitarsi entro il 30 aprile 2011:

- personale in servizio ed esodati, con i relativi familiari, delle società del Gruppo che attualmente hanno una polizza assicurativa, comprese le altre casse sanitarie che hanno prestazioni ridotte;
- personale già in servizio ed esodati che non si sono mai iscritti o che hanno revocato l’iscrizione a Cassa sanitaria Intesa, Cassa Sanpaolo e FIA (in questo caso, con il versamento di un “contributo d’ingresso” pari all’intera quota percentuale prevista per sé e per i familiari a carico).

Possono altresì iscriversi dal 1° gennaio 2011:

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

4.1 “PERCORSO DI AVVICINAMENTO” PER IL PERSONALE IN SERVIZIO O ESODATO

Il Fondo Sanitario stipulerà **un’unica polizza sanitaria**⁽²⁵⁾ a carico dell’azienda di importo uguale alla contribuzione prevista per il Fondo Sanitario, pari a € 900 per il 2011.

Mantengono la loro attuale polizza, per due anni previsti dal loro “percorso di avvicinamento”, il personale in servizio e gli esodati di **Imi Fondi Chiusi Sgr, i beneficiari della polizza ex Banco di Napoli e della polizza PreviGen** (Dirigenti ex Intesa).

Il personale in servizio e gli esodati, al fine di costituire una parte di riserve, verseranno una quota percentuale calcolata sulla retribuzione imponibile INPS quale “contributo di ingresso”, pari al 50% della contribuzione prevista a regime per il Fondo Sanitario, nelle seguenti misure⁽²⁶⁾:

- **0,50%** per sé
- **0,05%** per ogni familiare fiscalmente a carico, sino max 0,15% per tre o più fam. a carico,

Non è previsto il “contributo di ingresso” per i familiari non a carico, in quanto possono essere iscritti alla polizza sanitaria stipulata dal Fondo Sanitario con pagamento di un premio, che al momento non è ancora stato definito.

Il percorso di avvicinamento con la polizza sanitaria stipulata dal Fondo Sanitario sarà di:

- **DUE ANNI** per il personale in servizio e gli esodati di BANCA TRENTO BOLZANO, CR FIRENZE, BANCA FIDEURAM, CARIROMAGNA, CR CIVITAVECCHIA, CENTRO LEASING, CENTRO FACTORING, FIDEURAM INVESTIMENTI, FIDEURAM FIDUCIARIA, MEDIOFACTORING, SANPAOLO INVEST SIM (oltre a Imi Fondi Chiusi ed beneficiari della polizza ex Banco di Napoli e della polizza PreviGen, con il mantenimento delle loro attuali polizze);
- **TRE ANNI** per il personale in servizio e gli esodati di CR FOLIGNO, CR TERNI E NARNI, CR SPOLETO, CR VITERBO, CR ASCOLI PICENO, CR RIETI, CR CITTÀ DI CASTELLO, CR PISTOIA E PESCIA, NEOS FINALE, MONETA;
- **TRE ANNI** per il personale già in servizio e gli esodati che non si sono mai iscritti o che hanno revocato l'iscrizione a Cassa sanitaria Intesa, Cassa Sanpaolo, e FIA.

Dopo gli anni previsti di copertura attraverso polizza assicurativa, il personale in servizio e gli esodati potranno fruire delle prestazioni dirette del Fondo Sanitario e la quota di riserve creata verrà versata nel patrimonio della gestione degli iscritti in servizio del Fondo stesso.

L'azienda provvederà alla disdetta delle polizze in essere presso le società. Poiché alcune scadono nel corso del 2011, le coperture della polizza sanitaria stipulata dal Fondo Sanitario opereranno ad integrazione sino alla scadenza della precedente polizza.

4.2 “PERCORSO DI AVVICINAMENTO” PER PENSIONATI

Il Fondo Sanitario stipulerà **la stessa polizza sanitaria** anche per i pensionati, ma con onere a carico del pensionato.

Per i pensionati di Banca CR Firenze e di Mediofactoring già beneficiari della polizza assicurativa aziendale con premio a carico dell'azienda, l'azienda continuerà a corrispondere le contribuzioni attualmente versate dalle rispettive società⁽²⁷⁾ a scomputo delle contribuzioni individualmente dovute da ciascun pensionato.

Il pensionato verserà:

- il costo della polizza, pari a € 900 per il 2011
- +
- **0,50%** della propria pensione Inps quale contributo di ingresso per sé,
- **0,05%** per ogni familiare fiscalmente a carico, sino max 0,15% per tre o più fam. a carico.

Non è previsto il “contributo di ingresso”⁽²⁸⁾ per i familiari non a carico, in quanto possono essere iscritti alla polizza sanitaria stipulata dal Fondo Sanitario con pagamento di un premio, che al momento non è ancora stato definito.

Il percorso di avvicinamento con la polizza sanitaria stipulata dal Fondo Sanitario sarà di:

- **DUE ANNI** se la risoluzione del rapporto di lavoro o la maturazione del diritto a pensione è avvenuto nel corso del 2009 o 2010;
- **TRE ANNI** se la risoluzione del rapporto di lavoro o la maturazione del diritto a pensione è avvenuto nel corso del 2007 o 2008.

Dopo gli anni previsti di copertura attraverso polizza assicurativa, i pensionati potranno fruire delle prestazioni dirette del Fondo Sanitario e la quota di riserve creata verrà versata nel patrimonio della gestione degli iscritti in servizio del Fondo stesso.

Note:

- 1 Il calcolo del 4% viene fatto sulla contribuzione complessiva a carico dell'azienda e dell'iscritto in servizio (compresa quella per i familiari iscritti), con esclusione di quanto pagato dall'azienda per la Polizza relativa al cosiddetto "percorso di avvicinamento". [[Torna al testo](#)]
- 2 Mantengono la loro attuale polizza, per due anni previsti dal loro "percorso di avvicinamento", i colleghi ex Banco di Napoli, Imi Fondi Chiusi e il personale beneficiario della polizza PreviGen (Dirigenti ex Intesa). [[Torna al testo](#)]
- 3 I dipendenti Cassa Sanitari Intesa hanno il CCNL Commercio. [[Torna al testo](#)]
- 4 Devono essere definite ancora tutte le modalità operative (es. modalità per il recesso, iscrizione di familiari, ecc.); pertanto al momento riportiamo unicamente i termini definiti nell'accordo del 2/10/2010. [[Torna al testo](#)]
- 5 Prestazioni "dirette": cioè erogate direttamente dal Fondo Sanitario, diversamente delle prestazioni "indirette" che sono quelle erogate tramite la polizza sanitaria nel percorso di avvicinamento. [[Torna al testo](#)]
- 6 Cioè non riguarda i colleghi assunti in base all'accordo separato del 2/2/2010. [[Torna al testo](#)]
- 7 Gli apprendisti assunti in queste aziende attualmente hanno una polizza e possono iscriversi alla Cassa Sanpaolo solo dal 1° gennaio del terzo anno di servizio. Per il 2011 e 2012, il contributo aziendale nel Fondo Sanitario è di € 700 annuo. [[Torna al testo](#)]
- 8 Intesa Sanpaolo, Isgs, Banca Dell'Adriatico, Banca Credito Sardo, Banca Trento Bolzano, Banca Fideuram, Banca Imi, Biis, Banca Prossima, Banco di Napoli, Cariromagna, Cariveneto, Carive, Carisbo, Centro Factoring, Centro Leasing, Cr Ascoli Piceno, Cr Città Di Castello, Cr Civitavecchia, Cr Firenze, Cr Foligno, Carifvg, Cr Pistoia E Pescia, Cr Rieti, Cr Spoleto, Cr Terni e Narni, Cr Viterbo, Epsilon Sgr, Equiter, Eurizon Capital, Fideuram Fiduciaria, Fideuram Investimenti, Imi Fondi Chiusi, Imi Investimenti, Intesa Formazione, Intesa Previdenza Sim, Is Private Banking, Leasint, Mediocredito Italiano, Mediofactoring, Moneta, Neos Finance, Sanpaolo Invest Sim, Sirefid, nonché i neoassunti di Setefi (che applica il Ccnl Commercio). [[Torna al testo](#)]
- 9 Non è previsto il "contributo di ingresso" per i familiari non a carico, in quanto possono essere iscritti alla polizza sanitaria che sarà stipulata dal Fondo Sanitario con pagamento di un premio, che al momento non è ancora stato definito. [[Torna al testo](#)]
- 10 Per "fiscalmente a carico" si intende il soggetto percettore di redditi propri inferiori ai limiti di legge, attualmente pari a € 2.840,51 lordi annui. Il "coniuge di fatto", non essendo ancora riconosciuto dalla normativa fiscale, non può mai essere considerato a carico fiscalmente. [[Torna al testo](#)]

11 Familiari fiscalmente a carico

Tipologia	Requisiti necessari per l'iscrizione
coniuge	- Assenza di separazione legale Non è necessaria la convivenza anagrafica
figli, anche adottati	Non è necessaria la convivenza anagrafica Non vi è alcun limite di età
altri familiari fiscalmente a carico: genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli/sorelle	- Parenti in linea retta o collaterale con l'iscritto - Età non superiore a 80 anni - Convivenza anagrafica risultante da stato di famiglia

[[Torna al testo](#)]

12 Familiari fiscalmente non a carico

Tipologia	Requisiti necessari per l'iscrizione
coniuge	- assenza di separazione legale Non è necessaria la convivenza anagrafica
coniuge di fatto (anche unioni omosessuali)	- convivenza anagrafica risultante da stato di famiglia
figli, anche adottati	- convivenza con uno dei genitori risultante da stato di famiglia
figli, anche adottati, del coniuge	- convivenza con l'iscritto risultante da stato di famiglia
genitori	- età non superiore a 80 anni - convivenza anagrafica risultante da stato di famiglia

[\[Torna al testo\]](#)
13 Perdita requisiti

Tipologia familiare	Motivo di perdita dei requisiti
Coniuge fiscalmente a carico e non	• intervenuta separazione legale
Coniuge di fatto	• venir meno di convivenza anagrafica con l'iscritto
Figli fiscalmente a carico	• venir meno del carico fiscale in assenza di convivenza anagrafica con almeno uno dei genitori
Figli fiscalmente non a carico	• venir meno di convivenza anagrafica con almeno uno dei genitori
Figli del coniuge	• venir meno di convivenza anagrafica con l'iscritto • intervenuta separazione legale con l'iscritto
Genitori	• venir meno di convivenza anagrafica con l'iscritto • compimento degli 80 anni di età
Nonni, nipoti ex filio, fratelli/sorelle	• venir meno di convivenza anagrafica con l'iscritto • compimento degli 80 anni di età • venir meno del carico fiscale con l'iscritto

[\[Torna al testo\]](#)

14 Occorre ricordare che le nuove iscrizioni a fondi pensione comportano per il lavoratore l'obbligo di versamento di quote del TFR:

- lavoratori di prima occupazione successiva al 28/4/93: 100% del TFR maturando
- lavoratori di prima occupazione anteriore al 28/4/1993:
 - FAPA, minimo del 35% TFR maturando
 - Fondo Pensioni Sanpaolo, minimo del 25% [\[Torna al testo\]](#)

15 Nessun recupero. [\[Torna al testo\]](#)

16 Recupero ex Comit: 0,10% su imp. Inps a 1% su imp. Inps = differenza 0,90% recuperata come contribuzione aggiuntiva che l'azienda dovrà versare al FAPA (in questo caso rimane lo 0,90% in quanto per i colleghi ex Comit nel FAPA è previsto l'imponibile INPS). [\[Torna al testo\]](#)

17 Recupero ex Bav: 0,30% su imp. Inps a 1% su imp. Inps = recupero differenza da riportare ad aliquota di contribuzione aggiuntiva al FAPA calcolata su imponibile TFR. Ipotizzando che il collega abbia una retribuzione imponibile Inps di € 44.000 e imponibile TFR di € 40.000, il calcolo è il seguente:

0,30% su 44.000 = € 132

1% su 44.000 = € 440

differenza da recuperare = € 308 che trasformata in aliquota percentuale di contribuzione aggiuntiva che l'azienda dovrà versare al FAPA (per i colleghi ex Bav nel FAPA è previsto l'imponibile TFR) diventa lo 0,77%. [\[Torna al testo\]](#)

18 Ex Cariplo: nessun recupero, ma riduzione dell'aliquota all'1%. [\[Torna al testo\]](#)

- 19** Recupero ex Sanpaolo / BdA / Eurizon Capital: 0,80% su imp. TFR a 1% su imp. Inps = recupero differenza + recupero dello 0,50% su imponibile Inps (quota attualmente stornata poiché versata dall'azienda), il tutto da rapportare ad aliquota di contribuzione aggiuntiva al Fondo Pensione Sanpaolo calcolata su imponibile TFR. Ipotizzando che il collega abbia una retribuzione imponibile Inps di € 44.000 e imponibile TFR di € 40.000, il calcolo è il seguente:
- 0,80% su 40.000 = € 320
 - 1% su 44.000 = € 440
 - differenza da recuperare € 120 + recupero dello 0,50% su € 44.000 pari a € 220 = recupero complessivo pari a € 340, che trasformato in percentuale di contribuzione aggiuntiva che l'azienda dovrà versare al Fondo Pensioni Sanpaolo (imponibile TFR) diventa lo 0,85%.
- [\[Torna al testo\]](#)
- 20** Recupero Assunti post 1/1/09 / Ex BNC / CarisBo / CariFVG / CariVe: 0,80% su imp. TFR a 1% su imp. Inps = recupero differenza da rapportare ad aliquota di contribuzione aggiuntiva al Fondo Pensione Sanpaolo calcolata su imponibile TFR. Ipotizzando che il collega abbia una retribuzione imponibile Inps di € 44.000 e imponibile TFR di € 40.000, il calcolo è il seguente:
- 0,80% su 40.000 = € 320
 - 1% su 44.000 = € 440
 - differenza da recuperare € 120, che trasformata in percentuale di contribuzione aggiuntiva che l'azienda dovrà versare al Fondo Pensioni Sanpaolo (imponibile TFR) diventa lo 0,30%.
- [\[Torna al testo\]](#)
- 21** Recupero CariVeneto: 0,50% su imp. Cassa Previdenza Cariparo (voci fisse di retribuzione, sostanzialmente simile all'imponibile TFR) a 1% su imp. Inps = recupero differenza da rapportare ad aliquota di contribuzione aggiuntiva al rispettivo fondo pensione (Fondo Previdenza Cariparo o Fondi Aperti o Fondo Pensioni Sanpaolo). Ipotizzando che il collega abbia una retribuzione imponibile Inps di € 44.000 e imponibile Cassa Previdenza Cariparo (uguale all'imponibile TFR) di € 40.000, il calcolo è il seguente:
- 0,50% su 40.000 = € 200
 - 1% su 44.000 = € 440
 - differenza da recuperare € 240, che trasformata in percentuale di contribuzione aggiuntiva che l'azienda dovrà versare al rispettivo fondo pensione diventa lo 0,60%. [\[Torna al testo\]](#)
- 22** Esempio: un part-time ex Comit di 25 ore settimanali e 29.400 (retribuzione a tempo pieno di € 44.000) la sua contribuzione al Fondo Sanitario sarà € 440. Il calcolo per il recupero dei maggiori oneri è il seguente:
- 0,10% su 29.400 = € 29,40
 - 1% su 29.400 = € 294
 - differenza da recuperare = € 264,60 che è pari allo 0,90% di contribuzione aggiuntiva che l'azienda dovrà versare al FAPA.
 - Nel momento del rientro a tempo pieno, comunque, la contribuzione aggiuntiva dello 0,90% viene ovviamente calcolata sull'imponibile a tempo pieno. [\[Torna al testo\]](#)
- 23** Per i dipendenti ed esodati che al 31/12/2010 hanno 15 anni di iscrizione al FIA l'azienda continuerà a corrispondere, nel periodo di quiescenza, la contribuzione dell'1,50% attualmente versata a scomputo delle contribuzioni individualmente dovute. Si prescinde dal requisito dei 15 anni di iscrizione nei confronti dei pensionati di inabilità. [\[Torna al testo\]](#)
- 24** La gestione da parte del Fondo Sanitario della polizza assicurativa permette di considerare ai fini fiscali il costo della polizza come prestazione indiretta del Fondo Sanitario e quindi l'importo non concorre alla formazione del reddito imponibile nel limite complessivo di € 3.615,20. [\[Torna al testo\]](#)

-
- 25** Le offerte ad oggi pervenute per la polizza prevedono le seguenti **prestazioni** (massimali per nucleo familiare):
- Ricoveri: € 150.000 (€ 300.000 per grandi interventi)
 - Alta diagnostica: € 15.000
 - Prestazioni specialistiche. € 3.000
 - Protesi ortopediche, acustiche e oculari: € 1.000
 - Trattamenti fisioterapici da infortunio: € 500
 - Cure oncologiche: € 5.000
 - Lenti: € 150
 - Cure dentarie: € 500 + spese sostenute una volta l'anno per ablazione tartaro e visita con medici convenzionati
 - Interventi chirurgici odontoiatrici: € 3.000. [[Torna al testo](#)]
- 26** Per il personale già in servizio ed esodati che non si sono mai iscritti o che hanno revocato l'iscrizione a Cassa sanitaria Intesa, Cassa Sanpaolo e FIA, il contributo di ingresso è pari all'intera quota percentuale prevista per sé (1%) e per i familiari a carico (0,10% per ogni familiare, massimo 0,30%). [[Torna al testo](#)]
- 27** CR Firenze e Mediofactoring attualmente pagano ai pensionati rispettivamente una polizza di €257 ed €1.067. [[Torna al testo](#)]
- 28** Pari al 50% della contribuzione prevista a regime per il Fondo Sanitario. Per i pensionati che non si sono mai iscritti o che hanno revocato l'iscrizione a Cassa Sanitaria Intesa, Cassa Sanpaolo e FIA, il contributo d'ingresso è pari all'intera quota percentuale prevista per sé e per i familiari a carico. [[Torna al testo](#)]