

FALCRI

confsat

silcea

UNITÀ  
SINDACALE

FALCRI silcea

FONDO  
SANITARIO INTEGRATIVO  
GRUPPO INTESA SANPAOLO

*Regole e prestazioni "in pillole"*

**Personale in**  
**SERVIZIO/ESODO**

*A cura dell'UFFICIO STUDI*  
*UNISIN*

FALCRI INTESA SANPAOLO

## PERSONALE IN SERVIZIO/ESODO

### COSTO ISCRIZIONE - TRATTAMENTO FISCALE - RECESSO

	<i>Regolamento delle prestazioni del Fondo valido fino al 31 dicembre 2013</i>	<i>Regolamento delle prestazioni del Fondo valido dal 1° gennaio 2014 <b>IN ROSSO/GRASSETTO/SOTTOLINEATO LE VARIAZIONI INTERCORSE</b></i>
<p><b>Costo iscrizione personale in <u>servizio</u> ed in <u>esodo</u></b></p> <p>Nel caso di pensionamento in corso d'anno, per i mesi intercorrenti tra il pensionamento ed il 31 dicembre dell'anno di cessazione la contribuzione è dovuta con la percentuale prevista per il personale in servizio ed è calcolata sulla retribuzione imponibile al fine del TFR calcolata su base annua e rapportata ai mesi non lavorati.</p>	INVARIATO	<p><b>1% a carico del lavoratore</b> in servizio o in esodo calcolato sullo stipendio imponibile INPS (con un max imponibile di euro 105.677,00 per l'anno 2013 rivalutato su base ISTAT);</p> <p><b>L'Azienda</b> contribuirà in aggiunta con una quota fissa di euro 951,30 annua (dato per l'anno 2013 rivalutato su base ISTAT)</p> <p>Il personale a tempo parziale pagherà la quota associativa su un imponibile determinato in "via virtuale", sulla base di quello riferito al corrispondente lavoro a tempo pieno</p> <p><b>Familiari fiscalmente a carico</b> (coniuge, figli, altri familiari fiscalmente a carico, questi ultimi fino a 80 anni di età):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>0,10% a carico dell'iscritto per familiare assicurato</b> (calcolato sullo stipendio imponibile INPS, con un massimo imponibile per il 2013 di euro 105.677,00) e massimo imputabile dello 0,30%</li> </ul> <p><b>Familiari fiscalmente non a carico</b> (coniuge, figli, genitori fino a 80 anni di età, fratelli/sorelle conviventi):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>0,90% a carico dell'iscritto per familiare assicurato</b> (calcolato sullo stipendio imponibile INPS del caponucleo, con un massimo imponibile per l'anno 2013 euro 105.677,00)</li> </ul>
	<p><b>TRATTAMENTO FISCALE DELLE CONTRIBUZIONI</b></p> <p>La contribuzione versata al Fondo Sanitario, comprese le quote relative ai familiari beneficiari, non concorre alla formazione del reddito imponibile ai fini IRPEF nel limite complessivo, attualmente, di euro 3.615,20. Detto limite è comprensivo della quota a carico dell'azienda.</p> <p>Poiché l'importo della contribuzione effettivamente versata nel fondo è deducibile, <b>il costo di iscrizione effettivo a carico dell'iscritto è significativamente inferiore.</b></p> <p>Per gli attivi sarà il datore di lavoro ad operare tale deduzione dall'imponibile fiscale. Per il personale in esodo - invece - sarà il CAF ad operare la deduzione dagli eventuali redditi percepiti dall'esodato e diversi dall'assegno di esodo, in quanto il medesimo è soggetto a tassazione separata.</p>	
<p><b>Iscrizione: Modalità e tempistica</b></p>	INVARIATO	<p>L'Iscrizione al Fondo avviene automaticamente alla data di assunzione e l'interessato ha la possibilità di recedere entro il 4° mese successivo.</p> <p>Il recesso, se esercitato, è irrevocabile e quindi non sarà possibile reinscrivere successivamente.</p> <p>Nel rispetto della tempistica sopra riportata, è possibile estendere la copertura del Fondo Sanitario ai propri familiari fiscalmente e non fiscalmente a carico.</p> <p>In seguito, le ulteriori variazioni saranno possibili solo in presenza di variazione del nucleo familiare.</p> <p>L'Iscritto ha l'obbligo di comunicare tempestivamente al Fondo ogni variazione del proprio stato di famiglia e della situazione dei carichi familiari.</p>

<p><b>Iscrizione Familiari Fiscalmente a carico</b></p>	<p><b>Coniuge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• purchè in assenza di separazione legale;</li> <li>• non è necessaria la convivenza anagrafica.</li> </ul> <p><b>Figli, anche adottati</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• non è necessaria la convivenza anagrafica;</li> <li>• non vi è alcun limite di età anagrafica.</li> </ul> <p><b>Altri familiari (genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli/sorelle)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• devono essere parenti in linea retta o collaterale con l'iscritto;</li> <li>• devono avere una età anagrafica non superiore a 80 anni;</li> <li>• occorre la convivenza anagrafica risultante dallo stato di famiglia.</li> </ul> <p>E' possibile estendere la copertura a favore del solo coniuge e figli fiscalmente a carico.</p> <p>L'Estensione a favore degli altri familiari fiscalmente a carico potrà avvenire se già inseriti in copertura il coniuge e figli e deve riguardare la totalità dei soggetti interessati.</p>	<p><b>Coniuge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• purchè in assenza di separazione legale;</li> <li>• non è necessaria la convivenza anagrafica.</li> </ul> <p><b>Figli, anche adottati</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• non è necessaria la convivenza anagrafica;</li> <li>• non vi è alcun limite di età anagrafica.</li> </ul> <p><b>Altri familiari (genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli/sorelle)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• devono essere parenti in linea retta o collaterale con l'iscritto;</li> <li>• devono avere una età anagrafica non superiore a 80 anni;</li> <li>• occorre la convivenza anagrafica risultante dallo stato di famiglia.</li> </ul> <p>E' possibile estendere la copertura a favore del solo coniuge e figli fiscalmente a carico.</p> <p>L'Estensione a favore degli altri familiari fiscalmente a carico potrà avvenire se già inseriti in copertura il coniuge e figli e deve riguardare la totalità dei soggetti interessati.</p> <p><u><b>La qualifica di socio si perde a seguito di matrimonio/unione di fatto del familiare beneficiario, con l'eccezione del figlio fiscalmente a carico convivente con uno dei genitori.</b></u></p>
<p><b>Iscrizione Familiari Fiscalmente non a carico</b></p>	<p><b>Coniuge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• purchè in assenza di separazione legale;</li> <li>• non è necessaria la convivenza anagrafica.</li> </ul> <p><b>Coniuge di fatto (anche unioni omosessuali)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• convivenza anagrafica risultante dallo stato di famiglia.</li> </ul> <p><b>Figli, anche adottati</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• convivenza con uno dei genitori risultante da stato di famiglia.</li> </ul> <p><b>Figli, anche adottati, del coniuge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• convivenza con l'iscritto risultante dallo stato di famiglia.</li> </ul> <p><b>Genitori</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• età anagrafica non superiore a 80 anni;</li> <li>• convivenza risultante dallo stato di famiglia.</li> </ul> <p>E' possibile l'estensione della copertura del Fondo sanitario in favore del solo coniuge, anche di fatto, fiscalmente non a carico. L'estensione della copertura agli altri familiari deve riguardare la totalità dei soggetti interessati.</p>	<p><b>Coniuge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• purchè in assenza di separazione legale;</li> <li>• non è necessaria la convivenza anagrafica.</li> </ul> <p><b>Coniuge di fatto (anche unioni omosessuali)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• convivenza anagrafica risultante dallo stato di famiglia.</li> </ul> <p><b>Figli, anche adottati</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• convivenza con uno dei genitori risultante da stato di famiglia.</li> </ul> <p><b>Figli, anche adottati, del coniuge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• convivenza con l'iscritto risultante dallo stato di famiglia.</li> </ul> <p><b>Genitori</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• età anagrafica non superiore a 80 anni;</li> <li>• convivenza risultante dallo stato di famiglia.</li> </ul> <p><b>Fratelli e/o Sorelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u><b>convivenza da stato di famiglia.</b></u></li> </ul> <p>E' possibile l'estensione della copertura del Fondo sanitario in favore del solo coniuge, anche di fatto, fiscalmente non a carico. L'estensione della copertura agli altri familiari deve riguardare la totalità dei soggetti interessati.</p> <p><u><b>In via transitoria dal 1° gennaio 2014 al 30 aprile 2014 l'iscritto potrà rendere beneficiari delle prestazioni del Fondo i fratelli e/o sorelle conviventi da almeno un anno che risultino, in virtù del mutato quadro normativo di riferimento, iscrivibili al fondo senza penalizzazioni.</b></u></p> <p><u><b>La qualifica di socio si perde a seguito di matrimonio/unione di fatto del familiare beneficiario, con l'eccezione del figlio fiscalmente a carico convivente con uno dei genitori.</b></u></p>

Recesso	INVARIATO	<p><b>Per personale in servizio</b> è possibile recedere dal Fondo Sanitario solo dopo 7 anni dall'iscrizione.</p> <p><b>Il Personale in esodo</b> per poter usufruire delle prestazioni dovrà rilasciare - entro 4 mesi dalla risoluzione del rapporto di lavoro - l'autorizzazione all'addebito delle contribuzioni tramite RID con apposito modello. Il mancato rilascio dell'autorizzazione comporta, dopo un anno, la perdita della qualifica di iscritto ed il Fondo darà corso al recupero delle eventuali prestazioni erogate.</p> <p><b>UNA VOLTA AVVENUTO IL RECESSO NON È PREVISTA LA POSSIBILITÀ DI SUCCESSIVA ISCRIZIONE.</b></p>
---------	-----------	--

<b>PERSONALE IN SERVIZIO/ESODO</b> <b>PRESTAZIONI OSPEDALIERE</b> <u>(in ospedali, cliniche o istituti universitari regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità)</u>		
	<i>Regolamento delle prestazioni del Fondo valido fino al 31 dicembre 2013</i>	<i>Regolamento delle prestazioni del Fondo Valido dal 1° gennaio 2014 IN ROSSO/GRASSETTO/SOTTOLINEATO LE VARIAZIONI INTERCORSE</i>
Grande Intervento Chirurgico	<p><b>Euro 300.000,00</b> per singolo evento, senza applicazione di franchigie.</p> <p><b>Non viene mai applicata la quota differita</b> (vedi modalità di rimborso)</p>	<p><b>Euro 300.000,00</b> per singolo evento, senza applicazione di franchigie.</p> <p><u><b>Le spese per rette di degenza sono liquidate entro il limite giornaliero di 350 euro (compresa IVA).</b></u></p> <p><b>Non viene mai applicata la quota differita</b> (vedi modalità di rimborso)</p>
Ricovero senza intervento inferiore a 4 notti per Grandi Eventi Patologici e interventi ambulatoriali per Grandi Eventi Patologici	<p><b>Euro 150.000,00</b> per singolo evento.</p> <p><b>Non viene mai applicata la quota differita</b> (vedi modalità di rimborso)</p>	<p><b>Euro 150.000,00</b> per singolo evento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><u><b>Le rette di degenza sono rimborsate fino ad un massimo di euro 350/gg., iva compresa, nell'ambito del massimale indicato.</b></u></li> </ul> <p><b>Non viene mai applicata la quota differita</b> (vedi modalità di rimborso)</p>
Ricovero con o senza intervento, intervento ambulatoriale	<p><b>Euro 150.000,00</b> per singolo evento. Senza applicazione di franchigie con le seguenti eccezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>per intervento ambulatoriale applicazione di uno scoperto del 20% per evento.</li> <li>applicazione di una franchigia minima di euro 500,00 per ricoveri non connessi ad intervento chirurgico di durata inferiore a 5 gg. (4 notti).</li> </ul> <p>Le suddette limitazioni non si applicano ai ricoveri per gravidanza, parto, dialisi, diabete.</p>	<p><b>Euro 150.000,00</b> per singolo evento. Senza applicazione di franchigie con le seguenti eccezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>per intervento ambulatoriale applicazione di uno scoperto del 20% per evento.</li> <li>applicazione di una franchigia minima di euro 500,00 per ricoveri non connessi ad intervento chirurgico di durata inferiore a 5 gg. (4 notti).</li> </ul> <p>Le suddette limitazioni non si applicano ai ricoveri per gravidanza, parto, dialisi, diabete.</p> <p><u><b>Le spese per rette di degenza sono liquidate entro il limite giornaliero di 300 euro.(compresa IVA).</b></u></p>
Interventi vista	INVARIATO	<b>Euro 1.500,00</b> per anno e per nucleo familiare con scoperto del 20%.
Parto Cesareo o aborto	<b>Euro 7.800,00</b> per evento (sono escluse le spese Pre/Post, ed incluse le spese per assistenza al neonato).	<b>Euro 7.800,00</b> per evento (sono escluse le spese Pre/Post, ed incluse le spese per assistenza al neonato). <u><b>Retta degenza max € 300 al gg.</b></u>

<b>Parto Fisiologico</b>	<b>Euro 3.500,00</b> per evento (sono escluse le spese <i>Pre/Post</i> , ed incluse le spese per assistenza al neonato).	<b>Euro 3.500,00</b> per evento (sono escluse le spese <i>Pre/Post</i> , ed incluse le spese per assistenza al neonato). <b>Retta degenza max € 300 al gg</b>
<b>Trapianto di Organi</b>	INVARIATO	In caso di trapianto di organo o parte di esso si rimborsano anche gli oneri sostenuti dal donatore. La copertura è erogata anche a favore del donatore iscritto al Fondo.
<b>Anticipi</b>	INVARIATO	Possibili fino ad un massimo del 50% dell'onere complessivo rimborsabile e previsto solo in caso di intervento presso struttura non convenzionata. L'importo minimo erogabile è di <b>euro 5.000,00</b> .
<b>Day Hospital</b>	INVARIATO	Rimborso con massimali previsti per i ricoveri di cui sopra. In caso di ricovero senza intervento chirurgico e non connesso a ciclo di cure o a Grandi Eventi Patologici, si rimborsano solo gli oneri inerenti le spese sostenute nel periodo di degenza.
<b>Diaria Sostitutiva</b>	INVARIATO	<b>Euro 90,00 x 90 gg.</b> per persona/evento, aumentati a 180 gg. in caso di Grande Evento Patologico. La diaria sostitutiva viene corrisposta anche in caso di Day Hospital. Per parto non cesareo l'importo minimo erogato sarà di <b>euro 500,00</b> . <b>Non viene applicata la quota differita</b> (vedi modalità di rimborso).
<b>Spese Pre/Post ricovero o intervento ambulatoriale</b>	INVARIATO	Rientrano nei massimali di rimborso di cui sopra anche le spese – connesse al ricovero – e sostenute per assistenza medica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, accertamenti diagnostici, protesi e noleggio/acquisto presidi se sostenute nei 90 gg. prima (120 in caso di ricovero presso SSN) e 90 gg. dopo il ricovero, anche per intervento ambulatoriale.
<b>Sono equiparati a intervento chirurgico</b>	Agobiopsie e biopsie chirurgiche (escluse in corso di accertamenti endoscopici) – angioplastica – coronarografia – drenaggio delle vie biliari – endoscopie operative – laparoscopie diagnostiche - litotripsie ad esclusione di quelle osteo articolari – posizionamento e rimozione apparecchio gessato o similare – radiologia interventistica – laser chirurgico, crioterapie – inseminazione artificiale.	Agobiopsie e biopsie chirurgiche (escluse in corso di accertamenti endoscopici) – angioplastica – coronarografia – drenaggio delle vie biliari – endoscopie operative – laparoscopie diagnostiche - litotripsie ad esclusione di quelle osteo articolari – <del>posizionamento e rimozione apparecchio gessato o similare</del> – radiologia interventistica – laser chirurgico, crioterapie – inseminazione artificiale.

## PERSONALE IN SERVIZIO/ESODO GARANZIE COMPLEMENTARI AL RICOVERO

	<i>Regolamento delle prestazioni del Fondo valido fino al 31 dicembre 2013</i>	<i>Regolamento delle prestazioni del Fondo Validato dal 1° gennaio 2014 <b>IN ROSSO/GRASSETTO/SOTTOLINEATO LE VARIAZIONI INTERCORSE</b></i>
<b>Trasporto</b>	INVARIATO	<b>Euro 1.500,00</b> per anno e per nucleo familiare nell'ambito del massimale per ricovero. Trasporto con autoambulanza o eliambulanza, sia in Italia che all'estero. E' esclusa in ogni caso l'autovettura.  In caso di Grandi Interventi Chirurgici sono rimborsate anche le spese per l'aereo, il treno e il traghetto.
<b>Accompagnatore</b>	INVARIATO	<b>Euro 100,00 x 30 gg.</b> per evento nell'ambito del massimale per ricovero per spese vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera.



Assistenza Infermieristica Domiciliare	INVARIATO	<p><b>Euro 60,00</b> x 90 gg. massimi per evento e riguardanti i 90 gg. precedenti (120 per eventi presso SSN) e 90 gg. seguenti il ricovero o l'intervento ambulatoriale.</p> <p><b>Euro 60,00</b> x 180 gg. massimi per evento (e possono quindi riguardare anche giorni al di fuori dei limiti sopra indicati come pre-post ricovero) in caso di Grandi Eventi Patologici.</p>
<b>PERSONALE IN SERVIZIO/ESODO</b> <b>ALTRE PRESTAZIONI</b>		
	<i>Regolamento delle prestazioni del Fondo valido fino al 31 dicembre 2013</i>	<i>Regolamento delle prestazioni del Fondo Valido dal 1° gennaio 2014</i> <b>IN ROSSO/GRASSETTO/SOTTOLINEATO LE VARIAZIONI INTERCORSE</b>
<b>Alta Diagnostica</b> (esami angiografici venosi ed arteriografici; diagnostica endoscopica; risonanza magnetica nucleare; scintigrafia; tac; pet; ricerche genetiche per malformazioni fetali se eseguite in stato di gravidanza; esami oncologia molecolare; chemioterapia - immunoterapia - radioterapia antineoplastiche; dialisi extracorporea o peritoneale; doppler/ecodoppler; moc; terapia interferonica)	<p><b>Euro 15.000,00</b> per anno e per nucleo familiare. L'importo è aumentato ad <b>euro 30.000,00</b> in caso di Grandi Eventi Patologici. (in questi casi non si applica la quota differita di rimborso).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto del 20% delle spese sostenute ad eccezione di quelle per dialisi.</li> </ul> <p>Se le prestazioni vengono erogate in rete non viene applicato lo scoperto ma una quota fissa a carico dell'assistito di <b>euro 50,00</b>.</p>	<p><b>Euro 15.000,00</b> per anno e per nucleo familiare. L'importo è aumentato ad <b>euro 30.000,00</b> in caso di Grandi Eventi Patologici (in questi casi non si applica la quota differita di rimborso).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto del 20% delle spese sostenute ad eccezione di quelle per dialisi <b>e quelle per Grandi Eventi Patologici.</b></li> </ul> <p><b><u>Se le prestazioni vengono erogate in rete viene applicato uno scoperto a carico dell'iscritto del 20% dell'onere di ogni prestazione fruita. Lo scoperto non si applica in caso di dialisi e Grande Evento Patologico.</u></b></p>
<b>Visite specialistica, trattamenti fisioterapici e rieducativi, analisi e esami diagnostici non compresi nell'Alta Diagnostica, spese pre/post parto, cure dentarie e parodontopatie ambulatoriali a seguito infortunio</b>	<p><b>Euro 4.000,00</b> per anno e per nucleo familiare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto del 30%.</li> </ul> <p>Se le prestazioni vengono erogate in rete convenzionata, viene applicata una quota fissa a carico dell'assistito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>euro 20,00</b> per visite specialistiche;</li> <li><b>euro 35,00</b> per accertamenti diagnostici.</li> </ul> <p>Per i Grandi Eventi Patologici il massimale di cui sopra è raddoppiato, senza applicazione di quote a carico dell'iscritto e quota differita di rimborso).</p> <p>I trattamenti fisioterapici si rimborsano fino ad <b>euro 800,00</b> per anno e per nucleo familiare, nell'ambito del massimale generale.</p>	<p><b>Euro 4.000,00</b> per anno e per nucleo familiare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto del 30%.</li> </ul> <p>Se le prestazioni vengono erogate in rete convenzionata, viene applicato uno scoperto a carico dell'iscritto del:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>25% per le visite specialistiche;</b></li> <li><b>30% per gli accertamenti diagnostici e cure dentarie da infortunio</b></li> </ul> <p>Per i Grandi Eventi Patologici il massimale di cui sopra è raddoppiato, senza applicazione di quote a carico dell'iscritto e quota differita di rimborso.</p> <p>I trattamenti fisioterapici si rimborsano fino ad <b>euro 800,00</b> per anno e per nucleo familiare, nell'ambito del massimale generale e <b><u>solo a fronte di prescrizione medica con applicazione di scoperto del 30%. Se eseguito a seguito di Grande Evento Patologico, nessuno scoperto, nessuna quota differita e raddoppio del massimale a € 1.600.</u></b></p> <p><b><u>I trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da interventi di artroprotesi raddoppiano il massimale di 800 € per una sola volta, potrà essere fruito entro 12 mesi dall'evento.</u></b></p>
<b>Interventi psicoterapeutici o psicoanalitici, ovvero conseguenti a malattie di carattere psicosomatico, anche comportanti ricovero in istituto di cura</b>	INVARIATO	<p><b>Euro 1.500,00</b> per anno e per nucleo familiare. Applicazione di uno scoperto del 30% con minimo di <b>euro 25,00</b> per ogni visita.</p> <p>In caso di ricovero senza spese a carico del Fondo, diaria di € 90 x gg. fino a concorrenza del massimale di cui sopra.</p>

Protesi auditive	INVARIATO	Euro 2.000,00 per anno e per nucleo familiare.
Apparecchi ausiliari correttivi e terapeutici a seguito di perdite o menomazioni anatomiche invalidanti, protesi ortopediche ed oculistiche per malattia/malformazione congenita/infortunio, carrozzelle per disabili e apparecchi laringofoni	Euro 3.000,00 per anno e per nucleo familiare	Euro 3.000,00 per anno e per nucleo familiare. <u>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.</u>
Protesi ed ausili non rientranti nel riquadro precedente/latte in polvere per neonati/medicinali reperibili solo all'estero o non erogati totalmente/parzialmente dal SSN se prescritti da ente ospedaliero	Euro 600,00 per anno e per nucleo familiare.  Nell'ambito del massimale di cui sopra, il latte in polvere è rimborsato max di <b>euro 300,00</b> per ogni neonato entro i primi 6 mesi di vita.	Euro 600,00 per anno e per nucleo familiare.  Nell'ambito del massimale di cui sopra, il latte in polvere è rimborsato max di <b>euro 300,00</b> per ogni neonato entro i primi 6 mesi di vita. <u>A fronte di prescrizione da parte di enti ospedalieri con indicazione della durata della terapia, ora sono rimborsabili anche i medicinali chemioterapici, antidiabetici e i farmaci antiretrovirali, sempre nell'ambito del massimale di cui sopra.</u>
Occhiali e lenti a contatto	INVARIATO	Euro 450,00 per anno e per nucleo familiare. Applicazione di uno scoperto del <b>30%</b> . Nel rimborso sono ricomprese anche le spese per la montatura con esclusione di quelle in materiale prezioso.
Cure dentarie, anche di natura preventiva	INVARIATO	Euro 1.500,00 per anno e per nucleo familiare. • Applicazione di uno scoperto del <b>30%</b> . Euro 75,00 per visita di controllo ed igiene orale/ablazione tartaro, per anno e per persona, rimborsate extramassimale di cui sopra. In presenza di infortunio o grande patologia che prevede ricovero con intervento, le protesi dentarie sono rimborsate con modalità e massimali previsti per i ricoveri. In caso di intervento chirurgico per cure dentarie non conseguenti ad infortunio, sono coperte le sole spese per rette di degenza e diritti di sala operatoria.
Intossicazioni da abuso alcolici/uso allucinogeni/uso non terapeutico psicofarmaci o stupefacenti, anche in caso di ricovero	INVARIATO	Euro 1.500,00 per anno e per nucleo familiare. Applicazione di uno scoperto del <b>30%</b> . In caso di ricovero senza spese a carico del Fondo, diaria di € 90 x gg. fino a concorrenza del massimale di cui sopra.
Ticket	INVARIATO	<b>Rimborso del 100% .</b> Il rimborso contribuisce a saturare i massimali stabiliti per ciascuna tipologia di prestazione Sono rimborsati anche i Ticket relativi a medicinali acquistati nel periodo <i>Pre/Post</i> ricovero. Non sono rimborsati i Ticket riferiti a prestazioni esplicitamente escluse. Sono invece rimborsati i Ticket riferiti a cure termali ed idropiniche (vedi capitolo esclusioni del regolamento). <b>Non viene mai applicata la quota differita</b> (vedi modalità di rimborso)
Esclusioni	Esistono esclusioni dettagliatamente descritte nel capitolo "ESCLUSIONI" del regolamento delle prestazioni consultabile sul sito del Fondo alla pagina web: <a href="http://www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it">www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it</a> <u><b>Dal 1° gennaio 2014 sono state aggiunte le seguenti esclusioni:</b></u> <u>- ricoveri presso stabilimenti termali, case di riposo e in clinica aventi finalità dietologiche ed estetiche;</u> <u>- 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.</u>	

**L'ELENCO GRANDI EVENTI PATOLOGICI E' STATO AGGIORNATO CON L'ELIMINAZIONE DI ALCUNE PATOLOGIE  
L'ELENCO DELLE MALATTIE GRAVI E STATI PATOLOGICI E' STATO AGGIORNATO CON L'INSERIMENTO DEL CONCETTO DI  
ESITO INVALIDANTE RIFERITO AD ALCUNE PATOLOGIE E L'AGGIUNTA DELLA FIBROSI CISTICA**

## PERSONALE IN SERVIZIO/ESODO MODALITA' DI RIMBORSO

	<i>Regolamento delle prestazioni del Fondo valido fino al 31 dicembre 2013</i>	<i>Regolamento delle prestazioni del Fondo Valido dal 1° gennaio 2014 <b>IN ROSSO/GRASSETTO/SOTTOLINEATO LE VARIAZIONI INTERCORSE</b></i>
<b>Rimborsi</b>	<p><b>80%</b> del rimborso spettante viene erogato entro 45 gg. di massima.</p> <p><b>20%</b> rimanente (cosiddetta quota "differita") viene riconosciuto entro il 30/6 dell'anno successivo a quello di competenza, in presenza di disponibilità finanziarie e comunque solo dopo l'approvazione del bilancio, con priorità erogazione delle prestazioni fino alla concorrenza della "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.</p> <p>Sono esclusi dal meccanismo del rimborso "differito" i Grandi Eventi Patologici, le diarie, i Ticket e tutte quelle prestazioni effettuate da medici e strutture in forma totalmente convenzionata.</p> <p>In presenza di oneri oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, di rimborso e/o anticipazione a titolo definitivo da parte di terzi - anche a seguito di infortuni causati dagli stessi - ovvero in presenza di altre analoghe coperture per se stesso e/o per i familiari beneficiari, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione al "Fondo Sanitario" che riconosce le prestazioni al netto di quanto rimborsato e/o anticipato.</p>	<p><b>80%</b> del rimborso spettante viene erogato entro 45 gg. di massima.</p> <p><b>20%</b> rimanente (cosiddetta quota "differita") viene riconosciuto entro il 30/6 dell'anno successivo a quello di competenza, in presenza di disponibilità finanziarie e comunque solo dopo l'approvazione del bilancio, con priorità erogazione delle prestazioni fino alla concorrenza della "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.</p> <p>Sono esclusi dal meccanismo del rimborso "differito" i Grandi Eventi Patologici, le diarie, i Ticket e tutte quelle prestazioni effettuate da medici e strutture in forma totalmente convenzionata.</p> <p>In presenza di oneri oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, di rimborso e/o anticipazione a titolo definitivo da parte di terzi - anche a seguito di infortuni causati dagli stessi - ovvero in presenza di altre analoghe coperture per se stesso e/o per i familiari beneficiari, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione al "Fondo Sanitario" che riconosce le prestazioni al netto di quanto rimborsato e/o anticipato.</p> <p><u><b>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 Regolamento delle prestazioni.</b></u></p>
<b>Modalità</b>	<p>Le domande di rimborso formulate su apposita modulistica (anche On Line) potranno essere inoltrate ogni volta che l'importo di spesa sostenuta raggiunga l'importo di <b>euro 100,00</b> (anche sommando più spese riferite alla stessa persona).</p> <p>In caso contrario l'istanza si potrà inviare dal mese di ottobre dell'anno di competenza.</p> <p>Il termine ultimo di presentazione delle richieste di rimborso è fissato comunque entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.</p> <p>I documenti di spesa - debitamente quietanzati - vanno inviati in fotocopia. In caso di ricovero è necessario inviare anche la cartella clinica (se il ricovero è avvenuto presso il SSN è sufficiente lettera di dimissione con indicazione del periodo di ricovero e della motivazione. E' facoltà del Fondo di richiedere la cartella clinica anche in un momento successivo).</p>	<p><u><b>Le domande di rimborso formulate su apposita modulistica (anche On Line) potranno essere inoltrate in qualunque momento e indipendentemente dall'importo, anche sommando più spese riferite alla stessa persona.</b></u></p> <p>Il termine ultimo di presentazione delle richieste di rimborso è fissato comunque entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.</p> <p>I documenti di spesa - debitamente quietanzati - vanno inviati in fotocopia. In caso di ricovero è necessario inviare anche la cartella clinica (se il ricovero è avvenuto presso il SSN è sufficiente lettera di dimissione con indicazione del periodo di ricovero e della motivazione. E' facoltà del Fondo di richiedere la cartella clinica anche in un momento successivo).</p>



## COME CONTATTARE IL FONDO SANITARIO INTEGRATIVO GRUPPO INTESA SANPAOLO

Il Fondo Sanitario eroga i propri servizi avvalendosi di un service esterno, **Previmedical Spa**, con sede a Preganziol (TV) che dispone di una Centrale Operativa e di un Contact Center che forniscono informazioni agli iscritti e rilasciano le autorizzazioni per l'assistenza convenzionata.

Si possono contattare attraverso i sotto indicati numeri e sono attivi dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00.

- Numero Verde da rete fissa: 800.08.37.78
- Numero a pagamento da rete mobile: 199.28.48.37
- Numero a pagamento dall'estero: +39 0422.17.44.055
- Numero di Fax: 0422.17.44.555
- Centrale operativa e consulenza medica: [centraleoperativa.fsi@previmedical.it](mailto:centraleoperativa.fsi@previmedical.it)
- Contact Center: [contactcenter.fsi@previmedical.it](mailto:contactcenter.fsi@previmedical.it)

Corrispondenza:

- Centro Operativo Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo - Previmedical Spa
- Via E. Forlanini n.24 - 31022 Preganziol (TV)

Per specifiche problematiche anagrafiche, riguardanti iscrizioni, variazioni dei carichi familiari, contribuzioni e adempimenti richiesti dalla normativa sulla privacy nonché per problematiche relative a richieste di rimborso, liquidazioni e disguidi nell'accesso ai servizi del Fondo, sono inoltre disponibili i seguenti numeri che consentono di contattare direttamente il personale della struttura del Fondo Sanitario, che risponde dalle 9:00 alle 12:30 dal lunedì al venerdì:

- tel. 02/87943001
- fax. 02/87947116

Le segnalazioni potranno essere inoltrate anche tramite posta elettronica ai seguenti indirizzi:

- per eventuali disservizi o disguidi, alla casella: [serviziocritti@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it](mailto:serviziocritti@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it)
- per informazioni e richieste di carattere anagrafico, alla casella: [anagrafe@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it](mailto:anagrafe@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it)

## COME CONTATTARE UNITA' SINDACALE FALCRI SILCEA

SEDE LEGALE: Via Mercato, 5 - 20121 Milano Tel. 02 860437 - Fax 02 89011448 - E-mail: [info@falcrintesa.it](mailto:info@falcrintesa.it)

### SEDI DECENTRATE

BRESCIA: Via Viotto, 21 - 25125 Brescia Tel. 030 2429572 - Fax 030 2450036 - E-mail: [falcribrescia@gmail.com](mailto:falcribrescia@gmail.com)

PAVIA: Via Bossolaro, 5 - 27100 Pavia Tel. 0382 33102 - Fax 0382 308378 - E-mail: [falcripv@alice.it](mailto:falcripv@alice.it)

TORINO: Corso Rosselli, 105/10/G - 10129 Torino Tel. 011 5361222 - Fax 011 3049189 - E-mail: [info@falcri-is.org](mailto:info@falcri-is.org)

Dati del mio SINDACALISTA DI RIFERIMENTO UNISIN sul territorio:

Sig. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

