

 FALCRI

 confsat

 silcea

**UNITÀ  
SINDACALE**

 FALCRI silcea

FONDO  
SANITARIO INTEGRATIVO  
GRUPPO INTESA SANPAOLO

*Regole e prestazioni "in pillole"*

**Personale in  
QUIESCENZA**

*A cura dell'UFFICIO STUDI  
UNISIN*

**FALCRI INTESA SANPAOLO**

## PERSONALE IN QUIESCENZA

### 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 IN ROSSO/GRASSETTO/SOTTOLINEATO LE VARIAZIONI INTERCORSE</i>
<b>Costo iscrizione personale in quiescenza</b>	<p><b>3% a carico del pensionato</b> calcolato sul lordo pensione AGO (con un max imponibile di euro 105.677,00 per l'anno 2013 rivalutato su base ISTAT).</p> <p><b>Familiari fiscalmente a carico</b> (coniuge, figli, altri familiari fiscalmente a carico 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 sulla pensione linda del caponucleo, con un massimo imponibile per il 2013 di euro 105.677,00) e massimo imputabile 0,30%.</li> </ul> <p><b>Familiari fiscalmente non a carico</b> (coniuge, figli, genitori fino a 80 anni di età):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>0,90% a carico dell'iscritto per familiare assicurato</b> (calcolato sulla pensione linda del caponucleo, con un massimo imponibile per il 2013 di euro 105.677,00).</li> </ul>	<p><b>3% a carico del pensionato</b> calcolato sul lordo pensione AGO (con un max imponibile di euro 105.677,00 per l'anno 2013 rivalutato su base ISTAT).</p> <p><b>Familiari fiscalmente a carico</b> (coniuge, figli, altri familiari fiscalmente a carico fino a 80 anni di età):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>0,25% a carico dell'iscritto per familiare assicurato</b> (calcolato sulla pensione linda del caponucleo, con un massimo imponibile per il 2013 di euro 105.677,00) e <b>massimo imputabile 0,75%</b>.</li> </ul> <p><b>Familiari fiscalmente non a carico</b> (coniuge, figli, genitori fino a 80 anni di età, <b>fratelli/sorelle conviventi</b>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1,50% a carico dell'iscritto per familiare assicurato</b> (calcolato sulla pensione linda, con un massimo imponibile per il 2013 di euro 105.677,00).</li> <li>• <b>Norma che riguarda gli iscritti subentrati ai "capanucleo" deceduti:</b> <b>per gli iscritti destinatari di trattamento pensionistico di reversibilità, le quote percentuali sono applicate sul trattamento pensionistico che sarebbe spettato al titolare deceduto. Nel caso di iscritti destinatari di trattamento pensionistico indiretto, le relative quote sono applicate sul 65% dell'ultima retribuzione percepita dal de cuius in servizio. Entrambi gli imponibili sono soggetti alle rivalutazioni ISTAT.</b></li> </ul>
<b>TRATTAMENTO FISCALE DELLE CONTRIBUZIONI</b>		<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 <b>euro 3.615,20</b>.</p> <p>Poiché l'importo della contribuzione effettivamente versata nel fondo è deducibile, <b>il costo di iscrizione effettivo è significativamente inferiore</b>.</p> <p>I pensionati dovranno effettuare la deduzione delle quote d'iscrizione al momento della denuncia dei redditi.</p> <p>Ricordiamo infine che la parte di spese mediche non rimborsate e rimaste a carico dell'iscritto è invece detraibile sempre in sede di denuncia dei redditi.</p>

<b>Iscrizione: modalità e tempistica</b>	INVARIATO	<p>Al momento del passaggio da attivo a pensionato o da esodato a pensionato è obbligatorio formalizzare la propria volontà di proseguire l'iscrizione al Fondo entro il 4° mese successivo al cambiamento di status. Normalmente l'ufficio Anagrafe invia dettagliata informativa in proposito, ma gli aventi diritto possono direttamente scaricare dall'apposita sezione del sito internet del Fondo i moduli e le istruzioni per tale formalizzazione e procedere di conseguenza.</p> <p>In seguito, le variazioni sono possibili solo in presenza di variazione del nucleo familiare. L'Iscritto ha l'obbligo di comunicare tempestivamente al Fondo Sanitario ogni variazione del proprio stato di famiglia e della situazione dei carichi familiari.</p>
<b>Iscrizione Familiari Fiscalmente a carico</b>	<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. 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. 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>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></p>
<b>Iscrizione Familiari Fiscalmente non a carico</b>	<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 dallo 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 dallo 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>• <b>convivenza da stato di famiglia.</b></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>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></p> <p><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></p>

<p><b>Recesso</b></p> <p>Per i pensionati è possibile recedere dal Fondo Sanitario solo dopo 3 anni dall'iscrizione alla sezione pensionati o in caso di aumento del costo dell'iscrizione superiore al 10% su base annua.</p> <p>Ricordiamo che al momento della cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento o di passaggio da esodato a pensionato è necessario confermare l'iscrizione entro 4 mesi con apposito modulo. (vedi a pagina 2 modalità e tempistica iscrizione). In caso contrario l'iscrizione non viene perfezionata.</p> <p><b>UNA VOLTA AVVENUTO IL RECESSO NON E' PREVISTA LA POSSIBILITA' DI SUCCESSIVA ISCRIZIONE.</b></p>	<p>Per i pensionati è possibile recedere dal Fondo Sanitario solo dopo 3 anni dall'iscrizione alla sezione pensionati o in caso di aumento del costo dell'iscrizione superiore al 10% su base annua.</p> <p>Ricordiamo che al momento della cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento o di passaggio da esodato a pensionato è necessario confermare l'iscrizione entro 4 mesi con apposito modulo. (vedi a pagina 2 modalità e tempistica iscrizione). In caso contrario l'iscrizione non viene perfezionata.</p> <p><b>UNA VOLTA AVVENUTO IL RECESSO NON E' PREVISTA LA POSSIBILITA' DI SUCCESSIVA ISCRIZIONE.</b></p> <p><b>Viste le recenti modifiche apportate al regolamento delle prestazioni e ai relativi costi, verrà data la possibilità a tutti gli iscritti alla sezione quiescenti (nonché a coloro che - maturando i requisiti pensionistici - risulterebbero iscritti a tale gestione a partire dal 1° gennaio 2014) di recedere entro il 30 aprile 2014. Il recesso avrà decorrenza 1/1/2014 e sarà irrevocabile.</b></p>
--	--

PERSONALE IN QUIESCENZA PRESTAZIONI OSPEDALIERE			
<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>			
	Regolamento delle prestazioni del Fondo valido fino al 31 dicembre 2013	Regolamento delle prestazioni del Fondo Valido dal 1° gennaio 2014 <b>IN ROSSO/GRASSETTO/SOTTOLINEATO LE VARIAZIONI INTERCORSE</b>	
Grande Intervento Chirurgico	<p><b>Euro 300.000,00</b> per singolo evento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto del <b>10%</b> con un massimo di <b>euro 1.500,00</b> per evento.</li> <li>Le rette di degenza sono rimborsate fino ad un massimo di <b>euro 350/gg.</b>, iva compresa, nell'ambito del massimale indicato.</li> </ul> <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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto del <b>15%</b>, con un <b>massimo di euro 2.000,00</b> sempre per evento;</li> <li>Le rette di degenza sono rimborsate fino ad un massimo di <b>euro 350/gg.</b>, iva compresa, nell'ambito del massimale indicato.</li> </ul> <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> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto del <b>10%</b> con un massimo di <b>euro 1.500,00</b> per evento.</li> <li>Le rette di degenza sono rimborsate fino ad un massimo di <b>euro 350/gg.</b>, iva compresa, nell'ambito del massimale indicato.</li> </ul> <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>Applicazione di uno scoperto del <b>15%</b>, con un <b>massimo di euro 2.000,00</b> sempre per evento;</li> <li>Le rette di degenza sono rimborsate fino ad un massimo di <b>euro 350/gg.</b>, iva compresa, nell'ambito del massimale indicato.</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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto del <b>20%</b>, con un massimo di <b>euro 1.500,00</b> per evento. Detto scoperto non potrà essere inferiore ad <b>euro 500,00</b> per ricoveri non connessi ad intervento chirurgico di durata inferiore a 5 gg. (4 notti) con esclusione di quelli per gravidanza, parto, dialisi e diabete;</li> <li>Le rette di degenza sono rimborsate fino ad un massimo di <b>euro 300/gg.</b>, iva compresa, nell'ambito del massimale indicato.</li> </ul>	<p><b>Euro 150.000,00</b> per singolo evento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto del <b>25%</b>, con un <b>massimo di euro 2.000,00</b> per evento. Detto scoperto non potrà essere inferiore ad <b>euro 500,00</b> per ricoveri non connessi ad intervento chirurgico di durata inferiore a 5 gg. (4 notti) con esclusione di quelli per gravidanza, parto, dialisi e diabete;</li> <li>Le rette di degenza sono rimborsate fino ad un massimo di <b>euro 300/gg.</b>, iva compresa, nell'ambito del massimale indicato.</li> </ul>	

<b>Interventi correttivi difetti visivi</b>	<b>Euro 1.500,00</b> per anno e per nucleo familiare. • Applicazione di uno scoperto del <b>20%</b> .	<b>Euro 1.800,00</b> per anno e per nucleo familiare. • Applicazione di uno scoperto del <b>25%</b> . <b>ATTENZIONE DAL 2014 ANCHE GLI INTERVENTI DI ASPORTAZIONE DELLA CATARATTA RIENTRANO IN QUESTO MASSIMALE ED ESCONO DAL NOVERO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI!</b>
<b>Parto Cesareo o aborto</b>	<b>Massimale Euro 7.800,00</b> per evento (sono escluse le spese Pre/Post, ed incluse le spese per assistenza al neonato). Con scoperto del 20%, massimo € 1.500 e diaria degenza € 300/gg	<b>Massimale Euro 7.800,00</b> per evento (sono escluse le spese Pre/Post, ed incluse le spese per assistenza al neonato). <b>Con scoperto del 25%, massimo € 2.000</b> e diaria degenza € 300/gg
<b>Parto Fisiologico</b>	<b>Massimale Euro 3.500,00</b> per evento (sono escluse le spese Pre/Post, ed incluse le spese per assistenza al neonato). Con scoperto del 20%, massimo € 1.500 e diaria degenza € 300/gg	<b>Massimale Euro 3.500,00</b> per evento (sono escluse le spese Pre/Post, ed incluse le spese per assistenza al neonato). <b>Con scoperto del 25%, massimo € 2.000</b> e diaria degenza € 300/gg
<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 Sanitario.
<b>Anticipi</b>	INVARIATO	Possibili fino ad un massimo del <b>50%</b> 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 relativi al periodo di degenza.
<b>Diaria Sostitutiva</b>	INVARIATO	<b>Euro 90,00</b> x 90 gg. per persona/evento, aumentati a <b>180 gg.</b> in caso di Grande Evento Patologico.  Si corrisponde anche in caso di day hospital. Per parto non cesareo l'importo minimo erogato sarà di <b>euro 500,00</b> .  <b>Non viene mai 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 90gg. prima (120 in caso di ricovero presso SSN) e 90 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, crioterapia – 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 - <b>posizionamento e rimozione apparecchio gessato o similare</b> - radiologia interventistica - laser chirurgico, crioterapia - inseminazione artificiale.

<h2 style="text-align: center; color: red;">PERSONALE IN QUIESCENZA</h2> <h3 style="text-align: center; color: red;">GARANZIE COMPLEMENTARI AL RICOVERO</h3>		
	<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>Trasporto</b>	INVARIATO	<p><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.</p> <p>E' esclusa in ogni caso l'autovettura.</p> <p>In caso di Grandi Interventi Chirurgici sono rimborsate le spese anche per l'aereo, il treno e il traghetto.</p>
<b>Accompagnatore</b>	INVARIATO	<p><b>Euro 100,00</b> x 30 gg. per evento nell'ambito del massimale per ricovero per spese <b>di solo pernottamento</b> in istituto di cura o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera e <b>solo nel caso di Grandi Eventi Patologici</b>.</p>
<b>Assistenza Infermieristica Domiciliare</b>	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>

<h2 style="text-align: center; color: red;">PERSONALE IN QUIESCENZA</h2> <h3 style="text-align: center; color: red;">ALTRE PRESTAZIONI</h3>		
	<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>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 questo caso nessuna applicazione quota differita di rimborso).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicazione di uno scoperto <b>del 20%</b> delle spese sostenute</li> <li>• Se le prestazioni vengono erogate in rete (strutture convenzionate), non viene applicato lo scoperto ma una quota fissa a carico dell'assistito di <b>euro 50,00</b>. Scoperto e quota fissa non si applicano in caso di dialisi.</li> </ul>	<p><b>Euro 15.000,00</b> per anno e per nucleo familiare. L'importo viene aumentato ad <b>euro 30.000,00</b> in caso di Grandi Eventi Patologici (in questo caso nessuna applicazione quota differita di rimborso).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicazione di uno <b>scoperto del 40%</b> delle spese sostenute</li> <li>• Se le prestazioni vengono erogate in rete (strutture convenzionate), lo <b>scoperto applicato sarà del 30%</b></li> </ul> <p><b>Gli scoperti non sono applicati in caso di dialisi e di prestazioni connesse a Grandi Interventi Patologici.</b></p>

<p><b>Visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, analisi e esami diagnostici non compresi nell'Alta Diagnostica, spese pre/post parto, cure dentarie ambulatoriali a seguito infortunio</b></p>	<p><b>Euro 3.000,00</b> per anno e per nucleo familiare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto del <b>30%</b>.</li> </ul> <p>Se le prestazioni vengono erogate in rete convenzionata viene applicata una quota fissa a carico dell'assistito pari a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>euro <b>20,00</b> per visite specialistiche;</li> <li>euro <b>35,00</b> per accertamenti diagnostici.</li> </ul> <p>I trattamenti fisioterapici si rimborsano fino ad <b>euro 800,00</b> per anno e nucleo familiare, nell'ambito del massimale generale</p> <p>Per Grandi Eventi Patologici il massimale generale è raddoppiato, senza applicazione di quote a carico dell'iscritto e senza applicazione quota differita di rimborso.</p>	<p><b>Euro 3.000,00</b> per anno e per nucleo familiare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno <b>scoperto del 40%</b>.</li> </ul> <p>Se le prestazioni vengono erogate in rete convenzionata, viene applicata uno <b>scoperto del 30%</b> a carico dell'assistito.</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 <b>e solo a fronte di prescrizione medica. Il massimale è raddoppiato a 1.600 in caso di Grandi Eventi Paologici senza franchigia e senza quota differita.</b></p> <p>Per Grandi Eventi Patologici il massimale generale è raddoppiato, senza applicazione di quote a carico dell'iscritto e senza applicazione quota differita di rimborso.</p>
<p><b>Interventi psicoterapeutici o psicoanalitici, ovvero conseguenti a malattie di carattere psicosomatico, anche comportanti ricovero in istituto di cura</b></p>	<p><b>Euro 1.500,00</b> per anno e per nucleo familiare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto <b>del 30%</b> con minimo di <b>euro 25,00</b> per ogni visita.</li> <li>In caso di ricovero senza spese a carico del Fondo, diaria di € 90 x gg. fino a concorrenza del massimale di cui sopra.</li> </ul>	<p><b>Euro 1.500,00</b> per anno e per nucleo familiare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno <b>scoperto del 40%</b>.</li> </ul> <p>Se le prestazioni vengono erogate in rete (strutture convenzionate) lo scoperto applicato è del <b>30%</b> a carico dell'assistito.</p> <p>In entrambi i casi lo scoperto minimo applicato sarà di <b>euro 25,00</b> per ogni visita/prestazione.</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>
<p><b>Protesi auditive</b></p>	<p><b>INVARIATO</b></p>	<p><b>Euro 2.000,00</b> per anno e nucleo familiare.</p>
<p><b>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</b></p>	<p><b>Euro 3.000,00</b> per anno e nucleo familiare</p>	<p><b>Euro 3.000,00</b> per anno e nucleo familiare. <b>Purchè 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.</b></p>
<p><b>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</b></p>	<p><b>Euro 600,00</b> per anno e per nucleo familiare.</p> <p>Nell'ambito del suddetto massimale, il latte in polvere è rimborsato max <b>euro 300,00</b> per ogni neonato entro i primi 6 mesi di vita.</p>	<p><b>Euro 600,00</b> per anno e per nucleo familiare.</p> <p>Nell'ambito del suddetto massimale, il latte in polvere è rimborsato max <b>euro 300,00</b> per ogni neonato entro i primi 6 mesi di vita.</p> <p><b>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</b></p>
<p><b>Occhiali e lenti a contatto</b></p>	<p><b>Euro 360,00</b> per anno e per nucleo familiare (compresa la spesa per la montatura con esclusione di quelle in materiale prezioso).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto <b>del 30%</b>.</li> </ul>	<p><b>Euro 250,00</b> per anno e per nucleo familiare. <b>E' stata esclusa la rimborsabilità della montatura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto <b>30%</b>.</li> </ul>

Cure dentarie, anche di natura preventiva	<p><b>Euro 1.200,00</b> per anno e per nucleo familiare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto del <b>30%</b>.</li> </ul> <p><b>Euro 75,00</b> per visita di controllo ed igiene orale/ablazione tartaro, per anno e per persona. Su tale spesa sarà applicato lo scoperto del 30% e quanto rimborsato contribuirà al raggiungimento del massimale complessivo di € 1.200 annu/nucleo.</p> <p>In presenza di infortunio o grande patologia che prevede ricovero con intervento, le protesi dentarie sono rimborsate con malattia e massimali previsti per i ricoveri.</p> <p>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.</p>	<p><b>Euro 600,00</b> per anno e per nucleo familiare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di una franchigia del <b>30%</b>.</li> </ul> <p>In presenza di infortunio o grande patologia che prevede ricovero con intervento, le protesi dentarie sono rimborsate con malattia e massimali previsti per i ricoveri.</p> <p>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</p>
Intossicazioni da abuso alcolici/uso allucinogeni/uso non terapeutico psicofarmaci o stupefacenti, anche in caso di ricovero	<p><b>Euro 1.500,00</b> per anno e per nucleo familiare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione di uno scoperto del <b>30%</b>.</li> </ul> <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>	<p><b>Euro 1.500,00</b> per anno e per nucleo familiare Applicazione di uno scoperto del <b>40%</b>.</p> <p>Se le prestazioni vengono erogate in rete (strutture convenzionate) lo scoperto applicato è del <b>30%</b> a carico dell'assistito.</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>
Ticket	INVARIATO	<p><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 Pre/Post 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)</p>
Esclusioni	<p>Esistono esclusioni dettagliatamente descritte nel capitolo "ESCLUSIONI" del regolamento delle prestazioni consultabile sul sito del Fondo alla pagina web: <a href="http://www.fondosanitariointegrativo.grupointesasanpaolo.it">www.fondosanitariointegrativo.grupointesasanpaolo.it</a></p> <p><b>Dal 1° gennaio 2014 sono state aggiunte le seguenti esclusioni:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ricoveri presso stabilimenti termali, case di riposo e in clinica aventi finalità dietologiche ed estetiche;</li> <li>- 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.</li> </ul>	
<p>L'ELENCO GRANDI EVENTI PATHOLOGICI E' STATO AGGIORNATO CON L'ELIMINAZIONE DI alcune patologie L'ELENCO DELLE MALATTIE GRAVI E STATI PATHOLOGICI E' STATO AGGIORNATO CON L'INSERIMENTO DEL CONCETTO DI ESITO INVALIDANTE RIFERITO AD alcune patologie e l'AGGIUNTA DELLA FIBROSI CISTICA</p>		

## PERSONALE IN QUIESCENZA

### 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>70%</b> del rimborso spettante viene erogato entro 45 gg. di massima.</p> <p><b>30%</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 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>In caso di prestazioni presso strutture in forma totalmente convenzionata si provvederà al rimborso immediato <b>dell'85%</b> della somma spettante e il rimanente <b>15%</b> in forma "differita".</p> <p>Sono esclusi dal meccanismo del rimborso "differito" i Grandi Eventi Patologici, le diarie, i Ticket .</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>70%</b> del rimborso spettante - al netto della franchigia o scoperto - erogato entro 45 gg.</p> <p><b>30%</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 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>In caso di prestazioni presso strutture in forma totalmente convenzionata si provvederà al rimborso immediato <b>dell'85%</b> della somma spettante e il rimanente <b>15%</b> in forma "differita".</p> <p>Sono esclusi dal meccanismo del rimborso "differito" i Grandi Eventi Patologici, le diarie, i Ticket .</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>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></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><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></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 disgridi 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 disgridi, alla casella: [servizioiscritti@fondosanitariogrupointesasanpaolo.it](mailto:servizioiscritti@fondosanitariogrupointesasanpaolo.it)
- per informazioni e richieste di carattere anagrafico, alla casella: [anagrafe@fondosanitariogrupointesasanpaolo.it](mailto:anagrafe@fondosanitariogrupointesasanpaolo.it)

## **COME CONTATTARE UNITA' SINDACALE FALCRI SILCEA**

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

Il mio SINDACALISTA DI RIFERIMENTO UNISIN è:

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