



Fondo Sanitario Integrativo
del Gruppo Intesa Sanpaolo

FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO

STATUTO

Indice

Capitolo 1 – Costituzione	pg. 2
Capitolo 2 – Beneficiari	pg. 3
Capitolo 3 – Contribuzioni e prestazioni	pg. 7
Capitolo 4 – Amministrazione	pg. 10
Capitolo 5 - Gestione	pg. 16
Capitolo 6 – Norme finali	pg. 19
Capitolo 7 – Norme transitorie	pg. 21

CAPITOLO 1 - COSTITUZIONE

Art. 1

1. In attuazione degli accordi collettivi del 2 ottobre 2010 è istituito il "Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo", fondo sanitario integrativo del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito "Fondo Sanitario", con operatività dal 1° gennaio 2011.

Art. 2

1. Il "Fondo Sanitario", privo di fini di lucro, nell'ambito dei valori mutualistici e di solidarietà sociale, ha scopo esclusivamente assistenziale ed è preposto ad erogare agli iscritti ed ai rispettivi familiari beneficiari prestazioni integrative e sostitutive di quelle fornite dal Servizio Sanitario Nazionale anche in caso di perdita dell'autosufficienza, con rimborsi operati in via diretta, ovvero, in tutto od in parte, per il tramite di polizze di assistenza sanitaria, di cui risulti o si renda contraente.

Art. 3

1. Il "Fondo Sanitario" ha sede in Milano.

2. La durata del "Fondo Sanitario" comunque correlata alla permanenza della Società Capogruppo è fissata in anni 99 e può essere prorogata, una o più volte, dalle "Fonti Istitutive".

CAPITOLO 2 - BENEFICIARI

Art. 4

1. Al "Fondo Sanitario" vengono iscritti (e di seguito denominati "iscritti in servizio"), con le modalità e tempistiche stabilite dalle Fonti Istitutive, i dipendenti, assunti con contratto a tempo indeterminato o di apprendistato professionalizzante, delle:

- Società del Gruppo Intesa Sanpaolo aventi sede in Italia, concordate dalle Fonti stesse, di cui all'allegato 1;
- Fondazioni bancarie da cui siano originate Società del Gruppo, che detengano partecipazioni nel Gruppo medesimo.

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

3. L'"iscritto in servizio" può inoltre revocare l'iscrizione, sempre inoltrando lettera raccomandata al "Fondo Sanitario", a partire dal settimo anno successivo all'iscrizione, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente.

4. Gli "iscritti in servizio" che abbiano assolto all'obbligo contributivo per almeno cinque anni, possono mantenere l'iscrizione al "Fondo Sanitario" ove cessino dal rapporto di lavoro con diritto a trattamento pensionistico.

5. Il mantenimento dell'iscrizione di cui al comma precedente è consentito, indipendentemente dall'anzianità contributiva, in caso di cessazione del rapporto di lavoro dell'iscritto con diritto a trattamento pensionistico di inabilità a carico dell'Assicurazione Generale Obbligatoria.

6. L'iscrizione può essere altresì mantenuta, dietro specifica istanza, anche da parte dei beneficiari degli iscritti deceduti, se destinatari di un trattamento pensionistico di reversibilità o indiretto.

7. Gli iscritti di cui ai commi 4, 5 e 6 (di seguito denominati "iscritti in quiescenza") devono avanzare formale richiesta di prosecuzione dell'iscrizione entro il termine del 4° mese successivo a quello della cessazione del rapporto di lavoro ovvero della data di decesso dell'iscritto.

In tal caso l'iscrizione viene mantenuta come iscritto in servizio sino al 31 dicembre dell'anno in cui avviene la cessazione del rapporto di lavoro, con pagamento della relativa contribuzione.

Analogamente si procede, nel caso di decesso dell'iscritto, nei confronti degli eventuali beneficiari, con mantenimento della relativa qualifica sino al 31 dicembre dell'anno in cui si verifica l'evento, con pagamento della relativa contribuzione.

8. L'"iscritto in quiescenza" può revocare l'iscrizione, inoltrando lettera raccomandata al "Fondo Sanitario":

- a partire dal 31 dicembre del terzo anno successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente;
- entro il 31 dicembre dell'anno in cui siano stati previsti aumenti delle contribuzioni a carico dell'iscritto superiori al 10% su base annua, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente.

9. Non sono, in nessun caso, ammesse soluzioni di continuità nell'iscrizione al "Fondo Sanitario".

Art. 5

1. Gli iscritti in servizio ed in quiescenza, a richiesta, possono rendere beneficiari delle prestazioni di cui sono destinatari i seguenti familiari fiscalmente a carico:

- coniuge in assenza di separazione legale;
- i figli (anche se adottati, in affidamento preadottivo o permanentemente inabili al lavoro);
- altri familiari (parenti in linea retta o collaterale – genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli) purché di età non superiore a 80 anni e conviventi da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto.

2. La facoltà contemplata dal comma che precede, ultimo alinea, è esercitabile esclusivamente nei riguardi della totalità dei familiari ivi elencati risultanti dallo stato di famiglia anagrafico dell'iscritto ed è subordinata all'avvenuta estensione delle prestazioni del "Fondo Sanitario" ai familiari di cui agli alinea 1 e 2 del comma 1 del presente articolo, ove esistenti, con l'eventuale esclusione – a richiesta – dei soli fruitori di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa.

3. Ai fini della definizione di familiare "fiscalmente a carico" prevista nel presente Statuto deve intendersi il soggetto - percettore di redditi propri di ammontare complessivamente inferiore ai limiti di legge - nei cui confronti l'iscritto sia destinatario, anche in quota parte, degli inerenti benefici fiscali, nel rispetto della normativa di legge vigente. Con esclusivo riguardo ai figli, di cui al comma 1, è sufficiente che ricorra il solo requisito di reddito.

4. E' altresì facoltà dell'iscritto rendere fruitori delle prestazioni del "Fondo Sanitario" i seguenti altri familiari non fiscalmente a carico:

- coniuge in assenza di separazione legale;
- coniuge di fatto;
- figli, anche se adottati od in affidamento preadottivo purché conviventi con uno dei genitori;
- figli, anche se adottati od in affidamento preadottivo, del coniuge non legalmente separato o di fatto;
- genitori di età non superiore a 80 anni.

5. La facoltà contemplata dal comma che precede è esercitabile esclusivamente nei riguardi della totalità dei familiari ivi elencati risultanti dallo stato di famiglia anagrafico dell'iscritto ed è subordinata all'avvenuta estensione delle prestazioni del "Fondo Sanitario" alla totalità dei familiari di cui al comma 1, con l'eventuale esclusione – a richiesta – dei soli fruitori di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa.

6. La disciplina stabilita dai commi 2 e 5 è derogata in favore del coniuge (anche di fatto).

7. Per gli iscritti legati da vincolo matrimoniale o unione di fatto la condizione fissata dai commi 2 e 5 è assoluta con riferimento alla posizione di entrambi i coniugi ed è fatto divieto di ripetere l'estensione delle prestazioni ad uno stesso nominativo da parte di più iscritti. L'aggregazione dei figli ad una delle posizioni dei genitori avviene a libera scelta dell'interessato. Tale scelta non è successivamente modificabile, ad eccezione dei casi di variazione del nucleo familiare.

8. Laddove sia previsto il requisito della convivenza, la facoltà di estensione ha efficacia solo dopo il compimento di un intero anno dal verificarsi del requisito medesimo a fronte di richiesta presentata entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo a tale termine unitamente allo stato di famiglia anagrafico che comprovi la sussistenza della convivenza per l'intero anno precedente.

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

10. Decorsi i termini di cui ai commi 8 e 9 l'iscritto può esercitare le facoltà previste dai commi 1 e 4 in qualsiasi momento successivo all'evento, con pagamento della contribuzione dal mese in cui si è verificato l'evento e con l'avviso che la fruizione delle relative prestazioni decorre trascorso un intero anno dalla data della richiesta, ad eccezione del coniuge e dei figli, in entrambi i casi fiscalmente a carico, che potranno fruire delle relative prestazioni dalla data della richiesta.

Art. 6

1. All'iscritto è fatto obbligo di segnalare tempestivamente al "Fondo Sanitario" ogni variazione del proprio stato di famiglia anagrafico e/o della situazione dei carichi fiscali.

Art. 7

1. La qualifica di iscritto viene meno:

- contestualmente alla risoluzione del rapporto di lavoro senza diritto a trattamento pensionistico;
- per esercizio della facoltà di revoca contemplata dall'art. 4, comma 2, 3 e 8;
- per mancato esercizio della richiesta di cui al comma 7 dell'art. 4;
- per compimento di gravi irregolarità nei confronti del "Fondo Sanitario", ascrivibili all'iscritto od ai suoi familiari, su iniziativa del Consiglio di Amministrazione;
- per mancata corresponsione del contributo da parte dell'iscritto, anche a favore dei familiari, per oltre un anno.

2. La qualifica di familiare beneficiario viene meno:

- in caso di perdita della qualifica di iscritto da parte del dipendente, per qualsivoglia motivo;

- contestualmente al venir meno dell'iscrizione e comunque alla perdita dei requisiti prescritti per le diverse situazioni;
- dalla data di fruizione di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa derivante da contrattazione collettiva o di categoria a seguito di revoca da parte dell'iscritto;
- dal primo giorno del mese successivo al venir meno del requisito di cui all'art. 5, comma 2, a seguito di revoca da parte dell'iscritto.

3. Per gli "iscritti in servizio", la qualifica di iscritto viene inoltre meno a seguito di perdita dei requisiti di appartenenza al Gruppo Intesa Sanpaolo con il 31 dicembre dell'anno in cui si verifica l'evento, fatte salve diverse intese che dovessero intervenire tra le Fonti Istitutive.

CAPITOLO 3 - CONTRIBUTIONI E PRESTAZIONI

Art. 8

1. La contribuzione a carico del datore di lavoro, nonché a carico degli iscritti è corrisposta, per ciascun iscritto, nella misura tempo per tempo disposta dalle Fonti Istitutive, i cui inerenti accordi divengono pro-tempore parte integrante dell'ordinamento del "Fondo Sanitario" e sono riportati all'Appendice 1 al presente Statuto.
2. Analogamente le contribuzioni per familiari degli "iscritti in servizio", degli "iscritti in quiescenza" e per familiari di questi ultimi sono definiti dai medesimi accordi collettivi.
3. Le variazioni contributive disposte dalle Fonti Istitutive sono tempestivamente comunicate agli iscritti.

Art. 9

1. Le quote percentuali previste a carico degli "iscritti in servizio" e dei relativi familiari beneficiari sono applicate su tutte le voci della retribuzione imponibile ai fini INPS secondo il principio di cassa, con il limite massimo, per l'anno 2011, di € 100.000. Detto limite è rivalutato il primo gennaio di ogni anno in base all'indice ISTAT di variazione dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai rilevato il 31 dicembre dell'anno precedente.
2. Le quote percentuali previste a carico degli "iscritti in quiescenza" e dei relativi familiari beneficiari sono applicate su tutte le voci della pensione AGO comunicata all'atto del pensionamento, che sono rivalutate il primo gennaio di ogni anno in base alla dinamica perequativa prevista dall'INPS, con il limite massimo indicato al comma 1, assoggettato alle medesime rivalutazioni ivi previste.
3. Per gli "iscritti in servizio", titolari di lavoro a tempo parziale, la retribuzione imponibile è determinata in via virtuale sulla base di quella riferita al corrispondente lavoro a tempo pieno.
4. Ove l'iscritto in servizio sia assente dal servizio senza trattamento retributivo o con retribuzione ridotta, corrisponde la contribuzione dovuta per sé e per i relativi familiari beneficiari, assumendo quale base imponibile la retribuzione virtuale, che percepirebbe in servizio.
5. Il contributo contemplato dal comma che precede è addebitato all'iscritto in coincidenza della prima attribuzione retributiva successiva alla ripresa del servizio, con possibilità per il dipendente di rateizzare l'importo dovuto in un periodo massimo di 12 mesi.
6. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro in corso d'anno con diritto a trattamento pensionistico per i mesi non lavorati la retribuzione presa a riferimento per la contribuzione è, pro-quota, la retribuzione imponibile ai fini del trattamento di fine rapporto calcolata su base annua.

7. Nel caso di decesso dell'iscritto, i familiari, dal mese in cui si verifica l'evento e sino al 31 dicembre del medesimo anno, corrispondono la sola quota a loro carico.

Art. 10

1. Le contribuzioni a carico del datore di lavoro sono versate anticipatamente su base annuale al "Fondo Sanitario" ovvero, per il Personale di nuova assunzione, contestualmente all'iscrizione.

2. I contributi a carico degli "iscritti in servizio" per sé e per i familiari, suddivisi in rate mensili sono trattenuti dal datore di lavoro all'atto di ciascuna attribuzione retributiva e contestualmente versati al "Fondo Sanitario".

3. Gli apporti contemplati per gli "iscritti in quiescenza", sono addebitati sul conto corrente dell'iscritto in rate mensili e contestualmente versati al "Fondo Sanitario", a far tempo dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello di cessazione del rapporto di lavoro.

4. Il debito contributivo di cui al comma 3 del presente articolo, relativo all'anno di cessazione, è assolto in unica soluzione a valere – ove possibile – sulle competenze di fine rapporto.

5. La contribuzione e le quote dovute dall'iscritto in conseguenza di modificazioni intervenute nel nucleo familiare nonché nei carichi fiscali di cui all'art. 5, per effetto dell'esercizio delle facoltà contemplate dall'articolo stesso, sono dovute dal mese in cui si è verificato l'evento.

6. In caso di perdita dei requisiti di cui all'art. 5 l'obbligo contributivo previsto dal comma che precede viene meno dal mese successivo a quello in cui si è verificato l'evento.

7. In caso di decesso di un iscritto ovvero dei relativi beneficiari, ovvero di perdita dei requisiti, il relativo obbligo contributivo viene meno dal mese successivo a quello in cui si è verificato l'evento.

8. Il "Fondo Sanitario" non fa luogo a rimborsi di apporti economici ad esso versati.

Art. 11

1. Il "Fondo Sanitario" eroga agli iscritti, sino a capienza delle proprie disponibilità, le prestazioni analiticamente indicate dal "Regolamento delle prestazioni" secondo le modalità, le condizioni ed i limiti ivi stabiliti.

2. Il "Fondo Sanitario" eroga annualmente le prestazioni di cui al D.M. 27/10/2009 in misura non inferiore alla percentuale dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite agli assistiti, necessaria per fruire dei benefici di legge.

3. Il "Fondo Sanitario", ad eventuale integrazione delle prestazioni di cui al comma 1, attribuisce agli iscritti, nei limiti e nei termini previsti dalle fonti istitutive - i cui inerenti accordi divengono parte integrante dell'ordinamento dello stesso - o determinati dal

Consiglio di Amministrazione, ulteriori prestazioni per il tramite di polizze ovvero di convenzioni di cui si renda contraente.

Art. 12

1. Il "Fondo Sanitario" ha facoltà di far compiere accertamenti, anche di natura medica, al fine di verificare la fondatezza e la regolarità delle richieste di prestazioni, nel rispetto del diritto alla riservatezza di ciascun iscritto.

2. Ove siano accertati abusi da parte degli iscritti, questi ultimi sono tenuti al rimborso di quanto percepito, fatti salvi gli interventi previsti nell'articolo 7 comma 1 alinea 4 e del comma 3 del presente articolo, ed eventuali comunicazioni all'Autorità Giudiziaria.

3. E' inoltre facoltà dei competenti organismi del "Fondo Sanitario" deliberare a carico dell'iscritto nei cui confronti vengano accertate gravi irregolarità la sospensione del beneficio delle prestazioni del "Fondo" medesimo per un periodo di tempo variabile in relazione all'entità dei fatti accertati, con mantenimento delle contribuzioni e proporzionando eventualmente i massimali contemplati dal "Regolamento delle Prestazioni" alla porzione di anno in cui sono ripristinate le coperture.

4. In presenza di oneri oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, di rimborso e/o anticipazione a titolo definitivo da parte di terzi - anche a seguito di infortuni causati dagli stessi - ovvero in presenza di altre coperture per 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.

5. Il "Fondo Sanitario" ha facoltà di ridurre o respingere le richieste di assistenza, in caso di abuso e comunque in presenza di prestazioni non rimborsabili.

6. In corso d'anno il "Fondo Sanitario" opera in modo tale da assicurare agli iscritti parità di trattamento nell'attribuzione delle prestazioni.

7. L'adozione dei provvedimenti prevista al comma 3 deve essere preceduta da contestazione, per iscritto, degli addebiti, con contestuale sospensione cautelare, in via d'urgenza, dell'iscritto e degli eventuali familiari beneficiari. All'interessato è concesso un termine, non inferiore a 15 giorni, per presentare eventuali giustificazioni scritte. Trascorso tale termine, il Consiglio di Amministrazione, nella prima adunanza utile, procede alla determinazione del provvedimento, anche qualora l'interessato non abbia fatto pervenire giustificazioni.

Art. 13

1. Il "Fondo Sanitario" liquida agli iscritti le prestazioni con accredito del conto corrente da loro intrattenuto, tramite ordini di pagamento.

2. Ove le prestazioni siano riconosciute per il tramite di polizze, i rimborsi sono operati secondo le modalità previste nelle polizze stesse.

CAPITOLO 4 - AMMINISTRAZIONE

Art. 14

1. Il Corpo elettorale è composto dagli iscritti in servizio ed in quiescenza. Al Corpo Elettorale compete eleggere i membri elettivi del Consiglio di Amministrazione, del Collegio dei Sindaci e dell'Assemblea dei Delegati, in base alle modalità stabilite nell'articolo 23 e dal "Regolamento Elettorale".
2. In relazione al comma che precede, ogni iscritto potrà esercitare il proprio diritto di voto anche attraverso modalità elettronica "a distanza", secondo quanto previsto dal sopra citato articolo.
3. Il Consiglio di Amministrazione informerà con un preavviso di almeno 45 giorni tutti gli iscritti sulle scadenze e sulle modalità di esercizio del diritto di voto.

Art. 15

1. Gli Organi del "Fondo Sanitario" sono:

- l'Assemblea dei Delegati;
- il Consiglio di Amministrazione;
- il Presidente;
- il Direttore;
- il Collegio dei Sindaci.

Il Direttore, i componenti del Consiglio di Amministrazione, del Collegio dei Sindaci, nonché dell'Assemblea dei Delegati non devono trovarsi nelle cause di ineleggibilità e decadenza previste dagli artt. 2383 e 2399 CC e devono essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti per gli esponenti degli intermediari finanziari (D.M. 30.12.1998 n.516), nonché di adeguata professionalità.

Art. 16

1. L'Assemblea dei Delegati è costituita da 38 delegati, di cui 18 designati dalla "Capogruppo", 18 eletti dagli iscritti in servizio e 2 eletti dagli iscritti in quiescenza, secondo le modalità stabilite nel "Regolamento Elettorale".
2. I Delegati durano in carica quattro anni e scadono l'ultimo giorno del mese successivo a quello di approvazione del quarto bilancio da essi approvato.
3. Per l'assolvimento dell'incarico di Delegato non compete emolumento alcuno.
4. Il loro mandato è rinnovabile, per un massimo di tre mandati consecutivi.
5. Ove in corso di mandato venga meno, per qualsiasi causa, un delegato, si fa luogo al subentro previsto dal "Regolamento Elettorale", il delegato subentrante resta in carica sino a conclusione del mandato in corso.

6. L'Assemblea dei Delegati, presieduta dal Presidente del Consiglio di Amministrazione, si riunisce per:

- deliberare a maggioranza assoluta le modifiche dello Statuto e, a maggioranza qualificata di $\frac{3}{4}$, lo scioglimento del "Fondo Sanitario" stesso;
- approvare il bilancio consuntivo, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di competenza;
- deliberare su tutti gli altri argomenti attinenti la gestione del "Fondo Sanitario" riservati alla sua competenza dal presente Statuto o sottoposti al suo esame dal Consiglio di Amministrazione.

Art. 17

1. Il Consiglio di Amministrazione è composto da:

a) 9 componenti designati dalla "Capogruppo";

b) 9 componenti appartenenti agli categoria degli iscritti in servizio ed eletti, ai sensi del successivo articolo 23 e del "Regolamento Elettorale", dai medesimi iscritti in servizio;

c) un componente appartenente alla categoria degli iscritti in quiescenza, eletto ai sensi del successivo articolo 23 e del "Regolamento Elettorale", dai medesimi iscritti in quiescenza;

2. I Consiglieri durano in carica quattro anni e scadono l'ultimo giorno del mese successivo a quello di approvazione del quarto bilancio da essi deliberato.

3. Il loro mandato è rinnovabile, per un massimo di tre mandati consecutivi.

4. Qualora durante il quadriennio vengano a mancare uno o più Consiglieri:

- se trattasi di Consigliere designato dalla "Capogruppo", quest'ultima provvede a sostituirlo;
- se trattasi di Consigliere elettivo si fa luogo al subentro previsto dal "Regolamento Elettorale".

5. I Consiglieri di cui al comma precedente restano in carica sino al termine del mandato del Consiglio.

6. Per l'assolvimento dell'incarico di Consigliere non compete emolumento alcuno.

7. La funzione di Consigliere svolta dai soggetti di cui al comma 1, lett. b), è considerata attività di servizio.

8. La cessazione del rapporto di lavoro per causa diversa dal pensionamento, comporta la contestuale decadenza dalla carica dei Consiglieri di cui al comma 2 lettera b).

Art. 18

1. Il Consiglio di Amministrazione assume ogni deliberazione utile od opportuna circa l'attività e la gestione del "Fondo Sanitario".

2. In particolare il Consiglio, a mero titolo indicativo:

- nomina il Presidente ed il Vicepresidente secondo quanto stabilito dall'art. 20 comma I;
- nomina il Direttore, su proposta della "Capogruppo";
- assume le necessarie determinazioni in ordine alla gestione del patrimonio ed alla gestione contabile e amministrativa;
- approva il bilancio preventivo e sottopone quello consuntivo all'Assemblea dei Delegati;
- gestisce il piano degli impieghi temporanei delle disponibilità liquide e dei flussi degli esborsi;
- esprime il proprio preventivo gradimento circa l'entità amministrativa di cui all'art. 28;
- controlla l'efficacia/funzionamento della gestione amministrativa delle pratiche di rimborso;
- assume i provvedimenti anche di tipo sanzionatorio nei confronti degli Iscritti, su proposta del Presidente;
- nomina il consulente sanitario con funzioni di controllo sulle liquidazioni, sulla qualità delle convenzioni, e su ogni altro aspetto di carattere sanitario;
- attribuisce a società esterne l'attività di revisione del bilancio;
- definisce le modalità di conservazione dei dati personali, sensibili e non, secondo le disposizioni operanti in relazione all'attività sanitaria della "Fondo Sanitario", ed attribuisce la responsabilità del relativo trattamento al Direttore;
- definisce il modello organizzativo del "Fondo Sanitario", anche in applicazione delle normative di legge tempo per tempo vigenti;
- delibera l'avvio di verifiche ispettive periodiche;
- delibera le modifiche da apportare allo Statuto discendenti dalle disposizioni di legge e, ove si renda necessario, definisce l'applicazione, in via interpretativa, delle norme statutarie aventi a riferimento il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro delle imprese creditizie, finanziarie e strumentali, a favore degli iscritti beneficiari di contratto collettivo di altro settore merceologico;
- delibera l'aggiornamento dei Grandi Interventi Chirurgici, dei Grandi Eventi Patologici, dei trattamenti equiparati ad intervento chirurgico e delle prestazioni specialistiche di c.d. alta diagnostica;
- delibera circa la sottoscrizione di convenzioni sanitarie od analoghe intese volte a favorire la salvaguardia della salute degli iscritti ed a calmierare gli oneri del "Fondo Sanitario", provvedendo ad un costante monitoraggio per verificarne l'efficienza e la sostenibilità economica;
- determina l'eventuale sostituzione delle certificazioni anagrafiche con idonee autocertificazioni e definisce i limiti entro i quali gli iscritti possono in tal modo comprovare comunque la sussistenza dei requisiti statuari per beneficiare delle prestazioni;
- in presenza di disponibilità economiche determina l'avvio di campagne di prevenzione tra gli Iscritti ed il riconoscimento di prestazioni assistenziali aggiuntive anche attraverso la sottoscrizione di polizze assicurative;
- può istituire al proprio interno un Comitato Esecutivo, definendone la composizione, le modalità di funzionamento e le relative deleghe, nel rispetto delle competenze assegnate dal presente Statuto al Consiglio di Amministrazione.

Art. 19

1. Il Consiglio di Amministrazione si riunisce (anche in "video/call conference" o con le eventuali altre modalità "a distanza" tempo per tempo individuate) di massima almeno ogni quattro mesi e, comunque, in ogni circostanza in cui sia opportuno, previa convocazione del Presidente, sia di propria iniziativa sia a richiesta scritta di almeno otto Componenti, ovvero del Collegio dei Sindaci.

2. La convocazione del Consiglio avviene per iscritto, con preavviso di almeno sette giorni.

3. Per la validità delle deliberazioni è necessaria la presenza di almeno dieci Consiglieri, di cui sei elettivi.

4. Il Consiglio di Amministrazione delibera a maggioranza dei presenti, ad eccezione delle seguenti materie:

- nomina del Direttore, su proposta della "Capogruppo",
- utilizzo del patrimonio, nel limite massimo del 10% del patrimonio delle singole gestioni,

per cui è richiesto il voto favorevole di almeno due terzi dei componenti il Consiglio.

5. Al Consiglio di Amministrazione partecipa, per l'istruttoria delle pratiche, il Direttore.

6. Le deliberazioni del Consiglio di Amministrazione, redatte dal Direttore, sono riportate sul libro dei verbali e sono sottoscritte dal Presidente o, in sua assenza, dal Vice Presidente.

Art. 20

1. Il Presidente ed il Vice Presidente sono eletti dal Consiglio di Amministrazione del "Fondo Sanitario", per 24 mesi, alternativamente, tra i consiglieri designati dalla "Capogruppo" e quelli eletti in rappresentanza dei dipendenti iscritti.

2. Il Presidente (ed in caso di sua assenza o impedimento il Vice Presidente) è il legale rappresentante del "Fondo Sanitario".

3. Il Presidente, in particolare:

- convoca e presiede il Consiglio di Amministrazione;
- vigila sull'esecuzione delle relative deliberazioni e sull'andamento dell'attività del "Fondo Sanitario";
- può assumere, in caso di comprovata urgenza e sentito il Vice Presidente, le determinazioni che giudichi indispensabili - eccettuate quelle attinenti all'approvazione del bilancio -, sottoponendola a ratifica del Consiglio di Amministrazione in occasione della prima riunione successiva.

Art. 21

1. Il Direttore:

- predispone le pratiche da sottoporre al Consiglio di Amministrazione ed esegue le deliberazioni dal medesimo adottate;
- rappresenta il "Fondo Sanitario" nel rispetto e nei limiti del mandato ricevuto dal Presidente e/o dal Consiglio di Amministrazione;
- cura la gestione dell'attività amministrativa, contabile ed operativa dei servizi del "Fondo Sanitario";
- cura, insieme con il Presidente, la comunicazione agli iscritti;
- informa il Consiglio di Amministrazione circa l'andamento finanziario del "Fondo Sanitario";
- predispone il bilancio di ciascun esercizio da sottoporre al Consiglio di Amministrazione;
- partecipa, con funzione consultiva, alle riunioni consiliari;
- esegue ogni altra funzione delegata dal Consiglio.

Art. 22

1. Il Collegio dei Sindaci è composto da:

- un Componente designato dalla "Capogruppo", che assume la Presidenza ed un Supplente, anch'esso designato dalla "Capogruppo";
- due Componenti ed un Supplente, eletti dagli iscritti tra gli iscritti medesimi.

2. I Sindaci devono essere invitati alle adunanze del Consiglio di Amministrazione e svolgono i seguenti compiti:

- controllare le scritture contabili;
- compiere le ispezioni ed i riscontri ritenuti opportuni;
- esaminare i bilanci annuali, sui quali riferiscono per iscritto al Consiglio di Amministrazione.

3. Fermo restando il potere di accertamento sussistente in capo a ciascun Sindaco, le riunioni collegiali sono valide con la presenza di almeno due membri.

4. Le relazioni ed i verbali delle adunanze del Collegio dei Sindaci sono riportati in un libro dei verbali e sono sottoscritti dai partecipanti all'adunanza.

5. I Sindaci durano in carica quattro anni ed il loro mandato è rinnovabile, per un massimo di tre mandati consecutivi. Il quadriennio ha la stessa decorrenza di quello del Consiglio di Amministrazione. Qualora durante il quadriennio vengano a mancare uno o più Sindaci:

- se trattasi del Sindaco designato dalla "Capogruppo", subentra il Supplente designato;
- se trattasi di Sindaco elettivo, si fa luogo al subentro del Supplente eletto come previsto dal "Regolamento Elettorale".

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

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

8. La cessazione del rapporto di lavoro per causa diversa dal pensionamento, per i soggetti di cui al comma 1, alinea 2, comporta la contestuale decadenza dalla carica.

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

Art. 23

1. L'elezione dei rappresentanti degli iscritti nell'Assemblea dei Delegati, nel Consiglio di Amministrazione e nel Collegio dei Sindaci avviene secondo quanto previsto dal "Regolamento Elettorale".

2. Hanno diritto di voto, quale Corpo Elettorale, gli iscritti al "Fondo Sanitario" di cui all'art. 4, tali il mese precedente quello della indizione delle elezioni.

3. Le votazioni si svolgono in via informatica – mediante sistema messo a disposizione dalla Capogruppo –, o per posta, con garanzia di espressione libera ed anonima del voto.

4. In particolare, votano per posta gli iscritti di cui all'art. 4, commi 4, 5 e 6 e gli iscritti di cui al comma 1 del medesimo articolo qualora non sia possibile utilizzare la procedura di voto elettronico o nel caso in cui risultino assenti dal servizio al momento dello svolgimento delle elezioni.

5. Il Presidente uscente del "Fondo Sanitario", entro trenta giorni dalla ricezione del verbale degli esiti elettorali da parte del Presidente del seggio elettorale, convoca gli Organi rinnovati per il loro insediamento e per l'assegnazione delle cariche previste.

CAPITOLO 5 - GESTIONE

Art. 24

1. Il "Fondo Sanitario" opera per il conseguimento delle proprie finalità con i seguenti mezzi:

- contribuzione dei datori di lavoro;
- contributi degli iscritti;
- rendimento del patrimonio;
- qualsivoglia altra entrata.

Art. 25

1. L'esercizio finanziario del "Fondo Sanitario" inizia il 1° gennaio e termina il 31 dicembre di ogni anno.

2. Per ciascun esercizio è redatto un bilancio che deve essere sottoposto per la verifica volontaria a società esterna individuata dal Consiglio di Amministrazione. Il bilancio deve essere approvato entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello cui si riferisce.

3. Ferma restando l'unitaria rappresentazione del bilancio previsto dal comma che precede, il bilancio stesso e le relative rendicontazioni devono recare separata ed autonoma evidenza dell'andamento degli apporti contributivi e degli esborsi per prestazioni di pertinenza rispettivamente della gestione degli iscritti in servizio e della gestione degli iscritti in quiescenza, con equilibrio annuale autonomo delle separate gestioni.

4. All'inizio di ogni esercizio sarà effettuato un riversamento alla gestione iscritti in quiescenza pari al 4 % del totale delle contribuzioni annue della gestione iscritti in servizio (escluso quanto sarà pagato sia dall'Azienda che dai Dipendenti per le coperture di cui all'Appendice 2 al presente Statuto) a condizione che nell'anno precedente la gestione iscritti in servizio sia stata in equilibrio, determinandosi in caso contrario una riduzione del contributo dell'anno successivo pari all'importo equivalente allo sbilancio.

5. Si procederà inoltre, sempre con cadenza annuale, al trasferimento dal patrimonio della sezione iscritti in servizio alla sezione iscritti in quiescenza di un importo determinato rapportando il totale del patrimonio della sezione iscritti in servizio al 31 dicembre dell'anno precedente al totale di iscritti in servizio alla medesima data, moltiplicato per il numero di iscritti che, acquisendo il diritto a pensione, chiedono di mantenere l'iscrizione alla gestione di competenza a partire dal 1° gennaio dell'anno di riferimento.

6. I contributi di ingresso corrisposti dagli iscritti in servizio ed iscritti in quiescenza confluiscono nel patrimonio della relativa gestione a decorrere dal 1° gennaio dell'anno

successivo alla scadenza del percorso di ingresso di cui all'art. 33 previsto per ciascuna società.

7. Qualora, disposti gli accrediti ed i riversamenti previsti ai commi che precedono, erogate le prestazioni anche senza il pagamento della "quota differita" di cui al capitolo "Rimborsi" del Regolamento delle Prestazioni ed utilizzate le riserve nei termini stabiliti dallo Statuto, si evidenziassero comunque risultati negativi di una o entrambe le definite separate gestioni relative gli iscritti in servizio e agli iscritti in quiescenza, il disavanzo dovrà essere ripianato da tutti gli iscritti alla/e sezione/i interessata/e dal disavanzo secondo il criterio di addebito proporzionale alle contribuzioni versate.

Art. 26

1. Le disponibilità liquide del "Fondo Sanitario" possono essere provvisoriamente impiegate mirando alla salvaguardia della miglior redditività nell'ambito di una prudente valutazione circa la sicurezza degli investimenti.

2. Nel disporre gli impieghi indicati dal comma che precede è fatto tassativo divieto di realizzare operazioni che comportino l'assunzione da parte del "Fondo Sanitario" della configurazione di operatore finanziario professionale o, comunque, il perseguimento di intenti speculativi.

Art. 27

1. I rapporti bancari intrattenuti con la "Capogruppo" sono regolati, come minimo, alle condizioni nel tempo vigenti per il Personale della stessa.

Art. 28

1. Nell'ipotesi di erogazione diretta, totale o parziale, delle prestazioni del "Fondo Sanitario", la gestione amministrativa delle pratiche di rimborso è affidata ad un'entità esterna al "Fondo Sanitario" ed alla "Banca", con oneri a carico di quest'ultima e obbligatorio gradimento preventivo del Consiglio di Amministrazione, ai sensi dell'art. 18, comma 2, alinea 6.

2. Fermo restando il diritto degli iscritti alla riservatezza, sancito dall'art. 12, comma 1, è facoltà del "Fondo Sanitario" compiere accertamenti al fine di verificare il corretto operare dell'entità esterna, indicata dal comma che precede.

Art. 29

1. I datori di lavoro segnalano i nominativi da iscrivere, eseguono le ritenute e curano i pagamenti delle quote a loro carico, nei modi e nelle misure indicate agli articoli 8, 9 e 10, accreditando il "Fondo Sanitario" delle somme relative, unitamente ai contributi da essa dovuti.

2. I datori di lavoro segnalano inoltre le cessazioni dei rapporti degli iscritti con il "Fondo Sanitario" ed ogni notizia necessaria al suo buon funzionamento.

CAPITOLO 6 - NORME FINALI

Art. 30

1. Le disposizioni contenute nel presente Statuto costituiscono una normazione unitaria ed inscindibile che disciplina in via integrale ed esclusiva l'attività e le prestazioni del "Fondo Sanitario".

Art. 31

1. Le incombenze di segreteria operativa ed amministrativa del "Fondo Sanitario", con funzioni di supporto amministrativo degli Organi, sono demandate a personale dipendente da Società del Gruppo.

2. Il coordinamento della segreteria compete al Direttore.

3. La "Capogruppo" mette altresì a disposizione del "Fondo Sanitario" ogni struttura necessaria al suo funzionamento ed assume a suo carico le spese generali di gestione e di ordinaria amministrazione del "Fondo Sanitario" stesso e del suo patrimonio, compreso il costo di perizie e consulenze.

Art. 32

1. Fatta salva la responsabilità del singolo per fatto illecito, la funzione di componente del Consiglio di Amministrazione e di Direttore è sorretta da garanzia della "Capogruppo" per ogni eventuale responsabilità di carattere patrimoniale derivante dall'esercizio del mandato.

2. I soggetti indicati al comma che precede, in caso di instaurazione di giudizio nei loro riguardi, sono tenuti a darne tempestiva e formale comunicazione al "Fondo Sanitario" ed alla "Capogruppo".

3. Le spese, comprese quelle di assistenza legale, relative a giudizi connessi alle funzioni di cui al comma 1, sono a carico della "Capogruppo", fatto salvo il diritto dell'interessato a scegliere un difensore di fiducia.

4. Le guarentigie contemplate dai commi 1 e 3 ed il dovere di informativa posto dal comma 2 permangono anche successivamente alla cessazione del mandato per fatti od atti relativi all'esercizio del mandato medesimo.

Art. 33

1. In caso di ingresso nel Gruppo Intesa Sanpaolo di nuove Società, aventi sede in Italia, ovvero di richiesta di adesione da parte di Società del Gruppo non ricomprese nell'elenco di cui agli accordi di costituzione nonché di Fondazioni di cui all'art.4 comma 1 i dipendenti delle medesime saranno iscritti al Fondo stesso sin dalla data di ingresso nel Gruppo o di richiesta di ingresso, con applicazione del complessivo ordinamento

statutario e fruizione delle prestazioni mediante la copertura sanitaria definita nell'Appendice 2, per un periodo di tre anni, fatte salve diverse determinazioni delle Fonti Istitutive.

2. Nel corso di tale periodo la Società provvederà al pagamento del premio fisso previsto per la polizza stessa a carico dell'Azienda, mentre l'iscritto corrisponderà, a titolo di "contributo di ingresso", il 50% della quota variabile prevista per l'iscritto in servizio destinatario diretto delle prestazioni di cui al Regolamento delle Prestazioni, per sé e per i familiari a carico.

3. Il contributo di ingresso sarà accantonato su un conto transitorio attivato nella gestione iscritti in servizio che confluirà nel patrimonio della relativa gestione a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza del periodo transitorio di cui sopra previsto per ciascuna Società

4. Dalla medesima data i dipendenti di ciascuna società ed i relativi beneficiari inizieranno a fruire delle prestazioni di cui al "Regolamento delle Prestazioni".

5. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro con diritto alla pensione nel corso del periodo di ingresso gli iscritti possono mantenere l'iscrizione per l'intero periodo d'ingresso con onere a loro totale carico con applicazione delle previsioni di cui al comma 4 del presente articolo.

Art. 34

1. Gli iscritti in servizio ed in quiescenza, titolari dell'accantonamento individuale derivante da contribuzione ad efficacia differita alla Cassa di Assistenza Sanpaolo IMI, possono utilizzare l'accantonamento stesso a concorrenza dei rispettivi apporti contributivi di cui all'art. 8 ed all'Appendice 1 del presente "Statuto", relativi al mantenimento dell'iscrizione per sé e per i familiari resi beneficiari.

2. Le riserve contributive di cui al comma che precede, delle quali è mantenuta una separata gestione patrimoniale, sono contabilizzate in accantonamenti individuali, annualmente rivalutate al tasso di rendimento della gestione patrimoniale.

3. Ai fini dell'utilizzo degli accantonamenti di cui al comma che precede da parte degli iscritti in servizio che cessino dal rapporto di lavoro con diritto a trattamento pensionistico, i medesimi sono vincolati alla prosecuzione dell'iscrizione al "Fondo Sanitario", secondo le previsioni di cui all'art. 4 del presente Statuto.

4. Gli eventuali residui accantonamenti individuali non utilizzati sono rimborsati agli interessati od ai rispettivi aventi causa, senza remunerazione per l'anno in cui si è verificato l'evento, nel corso dell'anno successivo a quello di cessazione dall'iscrizione.

CAPITOLO 7 - NORME TRANSITORIE

Art. 35

1. I delegati nominati dalle fonti istitutive come componenti dell'Assemblea in sede di istituzione del "Fondo Sanitario" vengono designati nella composizione numerica indicata all'art. 16 ed operano per la durata del primo triennio in forma assembleare con le prerogative e le modalità stabilite dallo stesso articolo.
2. I componenti del Consiglio di Amministrazione nominati dalle fonti istitutive in sede di istituzione del "Fondo Sanitario" vengono designati nella composizione numerica indicata all'art. 17 ed operano per la durata del primo triennio in forma di Consiglio, che è titolare di tutte le funzioni attribuite al Consiglio di Amministrazione in via ordinaria dall'art. 18 e agisce secondo le regole di cui all'art. 19.
3. I componenti del Collegio Sindacale nominati dalle fonti istitutive in sede di istituzione del "Fondo sanitario" vengono designati nella composizione numerica indicata all'art. 22 ed operano per la durata del primo triennio in forma di Collegio, che è titolare di tutte le funzioni attribuite al Collegio Sindacale in via ordinaria dallo stesso articolo, agendo secondo le regole ivi stabilite.
4. In particolare il Consiglio di Amministrazione come sopra nominato indice e cura lo svolgimento delle prime elezioni.
5. All'atto dell'insediamento degli organi elettivi, gli organi nominati in sede istitutiva decadono.
6. La designazione degli Organi di cui ai commi 1 e 3 avviene avuto riguardo alla rappresentatività delle diverse componenti firmatarie.

Art. 36

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

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

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

CONTRIBUZIONI A CARICO DEL DATORE DI LAVORO

€ 900,00 per ciascun dipendente.

Rivalutazione annua a partire dal 1° gennaio 2012 con applicazione dell'indice ISTAT di variazione dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai, riscontrato al 31 dicembre dell'anno precedente.

CONTRIBUZIONI A CARICO DELL'ISCRITTO

Personale in servizio:

- 1,00 % per sé;
- 0,10 % per ogni familiare a carico (sino ad un massimo dello 0,30%);
- 0,90 % per ogni familiare non a carico.

Personale in quiescenza:

- 3,00 % per sé;
- 0,10 % per ogni familiare a carico (sino ad un massimo dello 0,30%);
- 0,90 % per ogni familiare non a carico.

POLIZZA PER IL PERSONALE E PENSIONATI DELLE SOCIETA' DEL GRUPPO INTESA
SANPAOLO.

AREA RICOVERO

Ricovero con o senza intervento chirurgico, dayhospital, intervento chirurgico ambulatoriale e parto compreso il parto a domicilio.

Massimale annuo assicurato € 150.000,00 per
nucleo (Grande Intervento Chirurgico € 300.000,00)

Previste prestazioni per:

- degenza
- vitto e pernottamento dell'accompagnatore
- assistenza infermieristica individuale
- trasporto sanitario
- spese sostenute in regime di day-hospital chirurgico e medico
- intervento chirurgico ambulatoriale
- trapianto
- parto cesareo
- parto non cesareo e aborto terapeutico
- indennità sostitutiva

ALTA SPECIALIZZAZIONE (alta diagnostica, accertamenti, terapie)

Massimale annuo assicurato: € 15.000,00 per nucleo.

**VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI MEDICINALI REPERIBILI
SOLO ALL'ESTERO E CURE DENTARIE DA INFORTUNIO**

Il massimale annuo assicurato di € 3.000,00 per nucleo. Per le cure dentarie da infortunio
massimale annuo assicurato € 1.800 per nucleo

PROTESI ORTOPEDICHE, ACUSTICHE E OCULARI

Massimale annuo assicurato € 1.000,00 per nucleo

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI DA INFORTUNIO

Con certificato del pronto soccorso

Massimale annuo assicurato: € 500,00 per nucleo

CURE ONCOLOGICHE

Spese relative a chemioterapia e terapie radianti, incluse le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie.

Massimale annuo assicurato € 5.000,00 per singolo/nucleo

LENTI

Massimale annuo assicurato € 150,00 per nucleo.

Garanzia operante in presenza di modifica del visus con prescrizione del medico oculista.

PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Spese sostenute una volta l'anno
per:

- ablazione del tartaro
- visita specialistica odontoiatrica.

Prestazioni effettuate solo in strutture sanitarie e medici convenzionati.

CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA

Massimale annuo assicurato € 500,00 per nucleo

Prestazioni effettuate solo in strutture sanitarie e medici convenzionati.

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Massimale annuo assicurato: € 3.000,00 per nucleo

Interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale per:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

CONDIZIONI GENERALI

Potranno essere previste modalità di rimborso e di pagamento differenziate per prestazioni effettuate in strutture sanitarie convenzionate e non e da medici convenzionati e non.

Per le prestazioni effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate è previsto il rimborso dei ticket sanitari nel limite del massimale assicurato.

Le modalità di applicazione di ogni singola prestazione (limiti, scoperti e franchigie) nonché le condizioni generali e le esclusioni sono dettagliate nel contratto di polizza assicurativa.