STATUTO

Indice

Capitolo 1 – Costituzione	pg. 2
Capitolo 2 – Beneficiari	pg. 3
Capitolo 3 – Contribuzioni e prestazioni	pg. 8
Capitolo 4 – Amministrazione	pg. 12
Capitolo 5 – Gestione	pg. 18
Capitolo 6 – Norme finali	pg. 20
Capitolo 7 – Norme transitorie	pg. 21
Capitolo 8 – Scioglimento	pg. 22

CAPITOLO 1 - COSTITUZIONE

Art. 1

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

Art. 2

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

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

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

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

- un importo una tantum di 2 mln di euro che sarà riversato da Intesa Sanpaolo al Fondo Sanitario entro il 31.12.2021;
- una quota una tantum pari al 5% del patrimonio di pertinenza della "Gestione iscritti in servizio" rilevato al 31.12.2021; la medesima quota, calcolata sul patrimonio di pertinenza al 31.12.2022, è riconosciuta per il biennio 2024 – 2025;
- una quota una tantum pari al 5% del patrimonio di pertinenza della "Gestione iscritti in quiescenza" rilevato al 31.12.2021; la medesima quota, calcolata sul patrimonio di pertinenza al 31.12.2022, è riconosciuta per il biennio 2024 – 2025;
- il valore corrispondente all'importo residuo già destinato al finanziamento delle campagne di prevenzione risultante dal bilancio al 31.12.2021.

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

Art. 3

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

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

3. Il "Fondo Sanitario" mette a disposizione degli iscritti lo Statuto, i Regolamenti delle prestazioni

ed ogni altra informazione afferente l'associazione al "Fondo Sanitario" sul portale internet e presso la sede legale del "Fondo Sanitario".

CAPITOLO 2 - BENEFICIARI

Art. 4

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

- Società del Gruppo Intesa Sanpaolo aventi sede in Italia, concordate dalle Fonti stesse, di cui all'allegato 1;
- Fondazioni bancarie da cui siano originate Società del Gruppo, che detengano partecipazioni nel Gruppo medesimo e delle società/enti strumentali delle stesse per i quali siano stati sottoscritti accordi di adesioni da parte delle fonti collettive specificatamente competenti ovvero, in assenza di esse, formalizzate richieste di adesione con adeguate modalità;
- ulteriori Società partecipate del Gruppo Intesa Sanpaolo cui le Fonti Istitutive decidano di estendere la possibilità di adesione al "Fondo Sanitario".

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

2 bis. Sono altresì iscritti al "Fondo Sanitario", a richiesta, con le modalità e tempistiche stabilite dalle Fonti Istitutive, i componenti del Consiglio di Amministrazione di Intesa Sanpaolo S.p.A. (di seguito anche "Consiglieri ISP") in occasione della loro nomina.

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

3 bis. I Consiglieri ISP, se non già dipendenti o ex dipendenti di Intesa Sanpaolo e Società del Gruppo, hanno la facoltà di esercitare la volontà di iscrizione entro il 4° mese successivo alla loro nomina.

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

4 bis. I Consiglieri ISP, se non già dipendenti o ex dipendenti di Intesa Sanpaolo e Società del Gruppo, hanno la facoltà di revocare l'iscrizione, sempre tramite procedura online ovvero inoltrando lettera raccomandata al "Fondo Sanitario", a partire dal termine del secondo anno solare di iscrizione, con effetto dal 1° gennaio dell'anno seguente.

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

5 bis. I Consiglieri ISP che al momento della nomina o rinnovo, hanno un'età inferiore al limite previsto dalla legge, tempo per tempo vigente, per il pensionamento di vecchiaia, sono iscritti nella Gestione iscritti in servizio. Parimenti, i Consiglieri ISP che, al momento della nomina o rinnovo, hanno superato il predetto limite di età vengono iscritti alla Gestione iscritti in quiescenza. Fermo

restando che nel caso in cui un Consigliere ISP risulti già iscritto al FSI in quanto dipendente o ex dipendente di ISP e Società del Gruppo per la durata del mandato sarà destinatario, insieme agli eventuali familiari resi beneficiari, delle prestazioni della medesima Gestione in cui risulti già iscritto per effetto del rapporto di lavoro. In caso di dimissioni, decadenza e/o revoca dalla carica, se non già dipendenti o ex dipendenti di Intesa Sanpaolo e Società del Gruppo, i Consiglieri ISP non potranno mantenere l'iscrizione al FSI.

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

7. L'iscrizione può essere altresì mantenuta, dietro specifica istanza, anche da parte dei beneficiari degli iscritti della "Gestione iscritti in servizio" e della "Gestione iscritti in quiescenza" deceduti, se destinatari di un trattamento pensionistico di reversibilità o indiretto, senza possibilità di estendere le prestazioni ad ulteriori familiari. L'iscrizione al "Fondo Sanitario" dei beneficiari dei Consiglieri ISP iscritti alla "Gestione iscritti in servizio" o alla "Gestione iscritti in quiescenza" non può essere mantenuta in caso di decesso di quest'ultimi se non già dipendenti o ex dipendenti di Intesa Sanpaolo e Società del Gruppo.

8. Gli iscritti di cui ai commi 5 e 6 devono avanzare formale richiesta di prosecuzione dell'iscrizione entro il termine del 4° mese successivo a quello del pensionamento.

8 bis. I Consiglieri ISP, se non già dipendenti o ex dipendenti di Intesa Sanpaolo e Società del Gruppo, devono avanzare formale richiesta di prosecuzione dell'iscrizione nella "Gestione iscritti in quiescenza" entro il termine del 4° mese successivo a quello del termine del mandato, con mantenimento della iscrizione nella "Gestione iscritti in servizio" sino al 31 dicembre dell'anno in cui si verifica l'evento.

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

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

11 . Nei casi disciplinati dai commi 5 e 6, a seguito della richiesta di conferma di iscrizione di cui al comma 8, l'iscrizione viene mantenuta come iscritto in servizio sino al 31 dicembre dell'anno in cui viene maturato il diritto a pensione, con pagamento della relativa contribuzione.

12 . Analogamente si procede, nel caso di decesso dell'iscritto di cui al comma 7, nei confronti degli eventuali beneficiari, con mantenimento della relativa qualifica sino al 31 dicembre dell'anno in cui si verifica l'evento, con pagamento della relativa contribuzione.

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

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

senza possibilità di successiva reiscrizione al "Fondo Sanitario".

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

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

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

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

18. Decorsi almeno tre anni completi di permanenza nella "Gestione Mista" possono chiedere, entro il 31 dicembre del terzo anno o di ogni anno successivo, di essere iscritti alla "Gestione iscritti in quiescenza" a far tempo dal 1° gennaio dell'anno successivo alla richiesta, con fruizione delle prestazioni di cui all'appendice 2 per un periodo di tre anni:
- i quiescenti iscritti per la prima volta al "Fondo Sanitario" a decorrere dal 1° gennaio 2022 alla "Gestione Mista";
- gli "iscritti in servizio" che hanno richiesto il mantenimento dell'iscrizione alla "Gestione mista" senza aver concluso il percorso di ingresso di cui al successivo art. 33;
- gli "iscritti in servizio" che hanno richiesto il mantenimento dell'iscrizione alla "Gestione mista" all'atto del pensionamento.

19. La facoltà di cui al comma 18 del presente articolo è esercitabile un'unica volta, senza possibilità di successiva iscrizione alla "Gestione mista", a condizione che il passaggio alla "Gestione iscritti in quiescenza" avvenga entro il 1° gennaio del quinto anno antecedente il compimento dell'età prevista come limite di esclusione stabilito nella copertura sanitaria tempo per tempo prevista per la "Gestione mista".

Art. 5

1. Gli iscritti, a richiesta, possono rendere beneficiari delle prestazioni di cui sono destinatari i seguenti familiari fiscalmente a carico:
- coniuge in assenza di separazione legale o unito civilmente in assenza di scioglimento del vincolo;
- i figli (anche se adottati, in affidamento preadottivo o permanentemente inabili al lavoro) ovvero i minori in affidamento temporaneo al nucleo familiare da almeno 24 mesi;
- altri familiari (parenti in linea retta o collaterale – genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli) purché di età non superiore a 80 anni e conviventi da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto anche autocertificato nei termini di legge.

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

3. Ai fini della definizione di familiare "fiscalmente a carico" prevista nel presente Statuto deve

intendersi il soggetto - percettore di redditi propri di ammontare complessivamente inferiore ai limiti di legge - nei cui confronti l'iscritto sia destinatario, anche in quota parte, degli inerenti benefici fiscali, nel rispetto della normativa di legge vigente.

4. I figli ovvero i minori in affidamento temporaneo si considerano fiscalmente a carico anche nel caso in cui i benefici fiscali siano integralmente riconosciuti ad uno solo dei genitori/affidatari; finché permane il carico fiscale, si prescinde dal requisito della convivenza.

5. È altresì facoltà dell'iscritto rendere fruitori delle prestazioni del "Fondo Sanitario" i seguenti altri familiari non fiscalmente a carico:
- coniuge in assenza di separazione legale o unito civilmente in assenza di scioglimento del vincolo;
- coniuge di fatto;
- figli, anche se adottati od in affidamento preadottivo purché conviventi con uno dei genitori ovvero minori in affidamento temporaneo al nucleo familiare da almeno 24 mesi, purchè conviventi con uno degli affidatari;
- figli, anche se adottati od in affidamento preadottivo ovvero minori in affidamento temporaneo al nucleo familiare da almeno 24 mesi, del coniuge non legalmente separato o di fatto o unito civilmente purché conviventi con il medesimo;
- genitori di età non superiore a 80 anni conviventi da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto;
- fratelli e/o sorelle conviventi da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto.

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

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

8. Per gli iscritti legati da vincolo matrimoniale, unione civile o unione di fatto la condizione fissata dai commi 2 e 6 è assolta con riferimento alla posizione di entrambi i coniugi ed è fatto divieto di ripetere l'estensione delle prestazioni ad uno stesso nominativo da parte di più iscritti. L'aggregazione dei figli ovvero minori in affidamento temporaneo ad una delle posizioni dei genitori/affidatari avviene a libera scelta dell'interessato. Tale scelta non è successivamente modificabile, ad eccezione dei casi di variazione del nucleo familiare.

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

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

11. Decorsi i termini di cui ai commi 9 e 10 l'iscritto può esercitare le facoltà previste dai commi 1 e 5 in qualsiasi momento successivo all'evento, con pagamento della contribuzione dal mese in cui si è verificato l'evento per un massimo di quattro annualità e con l'avviso che la fruizione delle relative prestazioni decorre trascorso un intero anno dalla data della richiesta, ad eccezione del coniuge e dei figli ovvero minori in affidamento temporaneo, in entrambi i casi fiscalmente a carico, che potranno fruire delle relative prestazioni dalla data della richiesta.

12. Nel caso in cui il familiare beneficiario che ha perso i requisiti di iscrizione al "Fondo Sanitario"

per effetto della variazione di stato civile e/o della convivenza o a seguito di provvedimento di allontanamento disposto dall'Autorità Giudiziaria nell'ambito di misure adottate contro la violenza nelle relazioni familiari si trovi nuovamente nelle condizioni previste dallo Statuto per essere reso beneficiario delle prestazioni da parte di un iscritto al "Fondo Sanitario", la richiesta potrà essere accolta, nel rispetto delle modalità e dei criteri previsti dal presente Statuto, con fruizione delle prestazioni decorso un anno intero dalla data della richiesta e pagamento della relativa contribuzione. Nel caso in cui il familiare rientri nello stesso nucleo familiare precedente è dovuta anche la contribuzione per l'intero periodo intercorrente tra la precedente revocae la nuova estensione (con un massimo di quattro anni).

Art. 6

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

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

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

Art. 7

1. La qualifica di iscritto viene meno:
- contestualmente alla risoluzione del rapporto di lavoro senza diritto a trattamento pensionistico (con esclusione del caso di percepimento della prestazione straordinaria da parte del Fondo di Solidarietà), ovvero di risoluzione del rapporto di agenzia o mediazione;
- per l'iscritto di cui al comma 2 bis dell'art. 4 in caso di dimissione, decadenza e/o revoca dalla carica, se non già dipendenti o ex dipendenti di Intesa Sanpaolo e Società del Gruppo;
- per gli iscritti alla Gestione Mista, al compimento del limite di età stabilito nella copertura sanitaria tempo per tempo prevista;
- per esercizio della facoltà di revoca contemplata dall'art. 4, comma 3, 4, 4 bis, 8 e 8 bis;
- per mancato esercizio della richiesta di cui al comma 8 e 8 bis, 9 e 10 dell'art. 4;
- per compimento di gravi irregolarità nei confronti del "Fondo Sanitario", ascrivibili all'iscritto od ai suoi familiari, su iniziativa del Consiglio di Amministrazione;
- per mancata corresponsione del contributo da parte dell'iscritto, anche a favore dei familiari, per un intero anno.

2. La qualifica di familiare beneficiario viene meno:
- in caso di perdita della qualifica di iscritto da parte del dipendente, del Consigliere ISP, se non già dipendente o ex dipendente di Intesa Sanpaolo e Società del Gruppo, o dell'"agente", per qualsivoglia motivo;
- in caso di decesso dell'iscritto di cui al comma 2 bis dell'art. 4, se non già dipendente o ex dipendente di Intesa Sanpaolo e Società del Gruppo;
- contestualmente al venir meno dell'iscrizione e comunque alla perdita dei requisiti prescritti per le diverse situazioni;
- dalla data di fruizione di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa derivante da

contrattazione collettiva o di categoria a seguito di revoca da parte dell'iscritto;
- dal primo giorno del mese successivo al venir meno del requisito di cui all'art. 5, comma 2, a seguito di revoca da parte dell'iscritto;
- a seguito di matrimonio/unione di fatto/unione civile del familiare beneficiario fiscalmente non a carico, ovvero del figlio fiscalmente a carico se non convivente con uno dei genitori;
- a seguito di richiesta di revoca da parte del beneficiario maggiorenne, senza possibilità di essere nuovamente reso beneficiario;
- a seguito di provvedimento di allontanamento disposto dall'Autorità Giudiziaria nell'ambito di misure adottate contro la violenza nelle relazioni familiari trasmesso al "Fondo Sanitario" da parte dall'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.

4. Possono mantenere l'iscrizione i dipendenti, assunti con contratto a tempo indeterminato o di apprendistato professionalizzante, che perdano i requisiti di appartenenza al Gruppo Intesa Sanpaolo per effetto di operazioni societarie: in tal caso l'iscritto deve manifestare la volontà di prosecuzione dell'iscrizione in essere entro 4 mesi dall'efficacia giuridica dell'evento. Devono altresì trasmettere al "Fondo Sanitario" annualmente, entro il mese di aprile di ogni anno, una certificazione da parte del datore di lavoro di tutte le voci della retribuzione imponibile ai fini INPS, come definita al comma 1 dell'art. 9, nonché comunicare tempestivamente la data di risoluzione del rapporto di lavoro con diritto a trattamento pensionistico ai fini della prosecuzione dell'iscrizione al "Fondo Sanitario" ai sensi di quanto previsto al comma 8 dell'art. 4.

5. All'iscritto della "Gestione iscritti in servizio" viene data facoltà di mantenere beneficiari i figli, i figli del coniuge o i figli del coniuge di fatto, indipendentemente dal carico fiscale, che abbiano perso il requisito della convivenza (ove richiesto), anche a seguito di matrimonio/unione di fatto/unione civile. In tal caso verrà addebitata all' "iscritto in servizio" la contribuzione prevista per i familiari fiscalmente non a carico continuando a trovare applicazione le previsioni per i beneficiari degli iscritti in servizio. Detta facoltà viene meno alla cessazione dell'iscrizione alla gestione per gli iscritti in servizio. Non è inoltre consentito all'iscritto di rendere beneficiario alcun altro familiare del nuovo nucleo costituito dal figlio, dal figlio del coniuge o dal figlio del coniuge di fatto.

CAPITOLO 3 - CONTRIBUZIONI E PRESTAZIONI

Art. 8

1. La contribuzione a carico del datore di lavoro/committente, nonché a carico degli iscritti è corrisposta, per ciascun iscritto, nella misura tempo per tempo disposta dalle Fonti Istitutive, i cui inerenti accordi divengono pro-tempore parte integrante dell'ordinamento del "Fondo Sanitario" e sono riportati all'Appendice 1 al presente Statuto.

1 bis. La contribuzione per gli iscritti di cui al comma 2 bis dell'art. 4 (salvo che non siano dipendenti o ex dipendenti di Intesa Sanpaolo e Società del Gruppo) e al comma 4 dell'art. 7 è interamente a loro carico e pertanto comprensiva dell'ammontare posto, nel comma che precede, a carico del datore di lavoro/committente ed è addebitata sul conto corrente dell'iscritto anticipatamente su base annuale, entro il mese di gennaio di ogni anno, e contestualmente versata al "Fondo Sanitario".

2. Analogamente le contribuzioni per familiari degli "iscritti in servizio", degli "iscritti in quiescenza" e degli iscritti alla "Gestione mista" sono definite dai medesimi accordi collettivi e riportati nella medesima Appendice 1.

3. La Gestione del "Fondo Protezione" viene alimentata dalle contribuzioni corrisposte alle gestioni "iscritti in servizio", "iscritti in quiescenza" e "iscritti alla Gestione Mista" necessarie ad attuare le finalità di cui all'art. 2 del presente Statuto oltre che nella misura tempo per tempo disposta dalle Fonti Istitutive, i cui inerenti accordi divengono pro-tempore parte integrante dell'ordinamento del Fondo Sanitario e sono riportati sempre nell'Appendice 1 al presente Statuto.

4. Le variazioni contributive disposte dalle Fonti Istitutive sono tempestivamente comunicate agli iscritti.

Art. 9

1. Le quote percentuali previste a carico degli "iscritti in servizio" e dei relativi familiari beneficiari sono applicate su tutte le voci della retribuzione imponibile ai fini INPS secondo il principio di cassa, con il limite massimo, per l'anno 2026, di € 135.000,00. 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. Con riferimento agli iscritti di cui al comma 2 bis dell'art. 4, e per i relativi familiari beneficiari, le quote percentuali saranno calcolate sul predetto limite massimo, fermi i criteri rivalutativi previsti.

2. Le quote percentuali previste a carico degli "iscritti in quiescenza" e dei relativi familiari beneficiari sono applicate su tutte le voci delle pensioni di previdenza pubblica obbligatoria da comunicare all'atto del pensionamento o al momento della maturazione. L'imponibile contributivo viene rivalutato 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**.** È fatto obbligo al quiescente di comunicare tempestivamente al Fondo ogni variazione dell'imponibile pensionistico. Con riferimento agli iscritti di cui al comma 2 bis dell'art. 4, e per i relativi familiari beneficiari, le quote percentuali saranno invece calcolate sul limite massimo di cui al comma 1 del presente articolo, fermi i criteri rivalutativi previsti.

3. Per gli "iscritti in servizio", titolari di lavoro a tempo parziale, la retribuzione imponibile è determinata in via virtuale sulla base di quella riferita al corrispondente lavoro a tempo pieno.

4. Per gli iscritti destinatari di trattamento pensionistico di reversibilità le quote percentuali previste a carico degli "iscritti in quiescenza" e dei relativi familiari beneficiari sono applicate sul 65% del trattamento pensionistico che sarebbe spettato al titolare deceduto e comunque su una base minima di € 20.000. Nel caso di iscritti destinatari di trattamento pensionistico indiretto le relative quote sono applicate sul 65% dell'ultima retribuzione in servizio. In entrambi i casi si applicano nel tempo le rivalutazioni previste al comma 2 che precede.

5. Ove l'"iscritto in servizio" sia assente dal servizio senza trattamento retributivo o con retribuzione ridotta, corrisponde la contribuzione dovuta per sé e per i relativi familiari beneficiari, assumendo quale base imponibile la retribuzione virtuale, che percepirebbe in servizio.

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

7. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro in corso d'anno con diritto a trattamento pensionistico per i mesi non lavorati la retribuzione presa a riferimento per la contribuzione è, pro-quota, la retribuzione imponibile ai fini del trattamento di fine rapporto calcolata su base annua.

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

in quiescenza", i familiari, dal mese in cui si verifica l'evento e sino al 31 dicembre del medesimo anno, corrispondono la sola quota a loro carico, fermo restando quanto previsto al 2° alinea del comma 2 dell'art. 7.

9. Nel caso previsto all'art. 4, comma 18. per il periodo di fruizione delle prestazioni di cui all'Appendice 2, l'iscritto provvederà al pagamento del premio di polizza per sé e per gli eventuali familiari non a carico resi beneficiari e corrisponderà inoltre, a titolo di contributo d'ingresso:

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

Art. 10

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

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

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

3 bis. Gli apporti contemplati per gli iscritti di cui al comma 4 dell'art. 7 sono addebitati sul conto corrente dell'iscritto in rate mensili e contestualmente versati al "Fondo Sanitario", con decorrenza dal mese di gennaio dell'anno successivo a quello di decorrenza dell'evento. Relativamente agli iscritti di cui al comma 2 bis dell'art. 4, sia iscritti alla "Gestione iscritti in servizio" che alla "Gestione iscritti in quiescenza", le modalità di addebito sopra descritte decorrono dalla data di iscrizione, fatto salvo quanto previsto al comma 1 bis dell'art. 8.

4. Il contributo a carico degli iscritti alla "Gestione Mista", definito dalle Fonti Istitutive per le prestazioni previste all'Appendice 3, nonché quello per gli eventuali familiari resi beneficiari, è addebitato in unica soluzione sul conto corrente dell'iscritto in via anticipata.

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

6. La contribuzione e le quote dovute dall'iscritto in conseguenza di modificazioni intervenute nel nucleo familiare nonché nei carichi fiscali di cui all'art. 5 ed all'art.6, per effetto dell'esercizio delle facoltà contemplate negli articoli stessi, sono dovute dal mese in cui si è verificato l'evento, con la precisazione che la variazione di carico fiscale ha efficacia dal 1° gennaio dell'anno in cui interviene.

7. In caso di perdita dei requisiti di cui all'art. 5 l'obbligo contributivo previsto dal comma che precede viene meno dal mese successivo a quello in cui si è verificato l'evento. La contribuzione è comunque trattenuta fino al momento della comunicazione laddove la stessa sia effettuata oltre quattro mesi dal verificarsi dell'evento.

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

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

Art. 11

1. Il "Fondo Sanitario" eroga agli iscritti della "Gestione iscritti in servizio" e della "Gestione iscritti in quiescenza", sino a capienza delle proprie disponibilità, le prestazioni analiticamente indicate dai Regolamenti delle prestazioni secondo le modalità, le condizioni ed i limiti ivi stabiliti.

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

3. Il "Fondo Sanitario" riconosce agli iscritti alla "Gestione mista", tramite polizze ovvero convenzioni di cui si renda contraente, le prestazioni elencate nell'Appendice 3.

4. Il "Fondo Sanitario", ad eventuale integrazione delle prestazioni di cui al comma 1, attribuisce agli iscritti, nei limiti e nei termini previsti dalle fonti istitutive - i cui inerenti accordi divengono parte integrante dell'ordinamento dello stesso - o determinati dal Consiglio di Amministrazione, ulteriori prestazioni per il tramite di polizze ovvero di convenzioni di cui si renda contraente.

5. Il "Fondo Sanitario" attraverso la "Gestione Fondo protezione" riconosce inoltre, tramite polizze ad adesione collettiva di cui si rende contraente, le coperture LTC per tutti gli iscritti al "Fondo Sanitario" e per i loro familiari beneficiari secondo i criteri tempo per tempo definiti dalle Fonti Istitutive.

6. Il "Fondo Sanitario" inoltre può prevedere per gli iscritti, anche a favore dei familiari beneficiari, coperture LTC ad adesione volontaria con onere a loro carico.

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

Art. 12

1. Il "Fondo Sanitario" ha facoltà di far compiere accertamenti, anche di natura medica, al fine di verificare la fondatezza e la regolarità delle richieste di prestazioni, nel rispetto del diritto alla riservatezza di ciascun iscritto. L'iscritto è tenuto a conservare e rendere disponibile a richiesta al "Fondo Sanitario" la documentazione in originale relativa a prestazioni oggetto di rimborso, per il periodo previsto dalla normativa fiscale tempo per tempo vigente.

2. Ove siano accertati abusi da parte degli iscritti, questi ultimi sono tenuti al rimborso di quanto percepito, fatti salvi gli interventi previsti nell'articolo 7 comma 1 alinea 6 e del comma 3 del presente articolo, ed eventuali comunicazioni all'Autorità Giudiziaria.

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

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

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

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

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

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

Art. 13

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

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

CAPITOLO 4 - AMMINISTRAZIONE

Art. 14

1. Il Corpo elettorale è composto dagli iscritti alla "Gestione iscritti in servizio", alla "Gestione iscritti in quiescenza" ed alla "Gestione mista". Al Corpo Elettorale compete eleggere i membri elettivi del Consiglio di Amministrazione, del Collegio dei Sindaci e dell'Assemblea dei Delegati, in base alle modalità stabilite nell'articolo 23 e dal "Regolamento Elettorale".

2. In relazione al comma che precede, ogni iscritto potrà esercitare il proprio diritto di voto anche attraverso modalità elettronica "a distanza", secondo quanto previsto dal sopra citato articolo.

3. Il Consiglio di Amministrazione informerà con un preavviso di almeno 45 giorni tutti gli iscritti sulle scadenze e sulle modalità di esercizio del diritto di voto.

Art. 15

1. Gli Organi del "Fondo Sanitario" sono:

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

Il Direttore, i componenti del Consiglio di Amministrazione, del Collegio dei Sindaci, non devono trovarsi rispettivamente nelle cause di ineleggibilità e decadenza previste dagli artt. 2382 e 2399

CC e devono essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti per gli esponenti degli intermediari finanziari (D.M. 169 del 23 novembre 2020), nonché di adeguata professionalità.

Art. 16

1. L'Assemblea dei Delegati è costituita da 38 delegati, di cui 18 designati dalla "Capogruppo", 18 eletti dagli iscritti in servizio e dagli agenti e 2 eletti dagli iscritti in quiescenza e dagli iscritti alla gestione mista titolari di trattamento pensionistico, secondo le modalità stabilite nel "Regolamento Elettorale".

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

3. Per l'assolvimento dell'incarico di Delegato non compete emolumento alcuno.

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

5. Ove in corso di mandato venga meno, per qualsiasi causa, un delegato, si fa luogo al subentro previsto dal "Regolamento Elettorale", il delegato subentrante resta in carica sino a conclusione del mandato in corso.

6. L'Assemblea dei Delegati, presieduta dal Presidente del Consiglio di Amministrazione, si riunisce (ove vi siano le condizioni tecniche, anche in "video/call conference" o con le eventuali altre modalità "a distanza" tempo per tempo individuate) per:
- deliberare a maggioranza assoluta le modifiche dello Statuto e, a maggioranza qualificata di ¾, lo scioglimento del "Fondo Sanitario" stesso;
- approvare il bilancio consuntivo, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di competenza;
- deliberare su tutti gli altri argomenti attinenti la gestione del "Fondo Sanitario" riservati alla sua competenza dal presente Statuto o sottoposti al suo esame dal Consiglio di Amministrazione;
- deliberare sul conferimento, sul compenso e sulla durata, su proposta motivata del Collegio dei Sindaci, dell'incarico di revisione legale dei conti, nonché sulla revoca del medesimo per giusta causa, sentito il parere del Collegio dei Sindaci e la proposta motivata di quest'ultimo per il contestuale conferimento di un nuovo incarico;
- deliberare sull'eventuale azione di responsabilità nei riguardi dei soggetti incaricati della revisione legale dei conti.

Art. 17

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

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

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

4. Qualora durante il quadriennio vengano a mancare uno o più Consiglieri:
- se trattasi di Consigliere designato dalla "Capogruppo", quest'ultima provvede a sostituirlo;

- se trattasi di Consigliere elettivo si fa luogo al subentro previsto dal "Regolamento Elettorale".

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

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

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

8. La cessazione del rapporto di lavoro per causa diversa dal pensionamento, comporta la contestuale decadenza dalla carica dei Consiglieri di cui al comma 1 lettera b).

Art. 18

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

2. In particolare il Consiglio, a mero titolo indicativo:
- nomina il Presidente ed il Vicepresidente secondo quanto stabilito dall'art. 20 comma 1;
- nomina il Direttore, su proposta della "Capogruppo";
- effettua la verifica del possesso dei requisiti in capo ai propri componenti, al Collegio dei Sindaci nonché del Direttore previsti dal presente Statuto;
- assume le necessarie determinazioni in ordine alla gestione del patrimonio ed alla gestione contabile e amministrativa;
- approva il bilancio preventivo e sottopone quello consuntivo all'Assemblea dei Delegati;
- gestisce il piano degli impieghi temporanei delle disponibilità liquide e dei flussi degli esborsi;
- individua l'entità esterna a cui affidare il service amministrativo di cui all'art. 28 sulla base di criteri di affidabilità, esperienza e professionalità condivisi con la Banca e ne controlla l'efficace funzionamento;
- assume i provvedimenti anche di tipo sanzionatorio nei confronti degli Iscritti;
- nomina e revoca uno o più consulenti sanitari di supporto al "Fondo Sanitario" con funzioni di controllo sulle liquidazioni, sulla qualità delle convenzioni, e su ogni altro aspetto di carattere sanitario/odontoiatrico;
- può nominare e revocare un Comitato scientifico, composto sia da membri interni sia esterni al Consiglio di Amministrazione, con funzioni consultive e propositive relativamente alle linee guida in materia sanitaria, scientifica, di prevenzione e di assistenza; ai soli membri esterni è riconosciuto un gettone di presenza come definito dal Consiglio di Amministrazione;
- definisce le modalità di conservazione dei dati personali, sensibili e non, secondo le disposizioni operanti in relazione all'attività sanitaria della "Fondo Sanitario", ed attribuisce la responsabilità del relativo trattamento al Direttore;
- definisce il modello organizzativo del "Fondo Sanitario", anche in applicazione delle normative di legge tempo per tempo vigenti;
- stabilisce le politiche di gestione dei rischi e del sistema dei controlli, individuando specifici presidi (eventualmente anche esternalizzati) quali funzione del rischio, controlli interni (internal audit) e funzione attuariale;
- delibera 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 statutari per beneficiare delle prestazioni;
- determina l'avvio di campagne di prevenzione tra gli Iscritti, anche attraverso la "Gestione Fondo Protezione" di cui all'articolo 2, ed in presenza di disponibilità economiche propone alle Fonti Istitutive il riconoscimento di prestazioni assistenziali aggiuntive anche attraverso la sottoscrizione di polizze assicurative;
- può istituire al proprio interno un Comitato Esecutivo, definendone la composizione, le modalità di funzionamento e le relative deleghe, nel rispetto delle competenze assegnate dal presente Statuto al Consiglio di Amministrazione;
- può costituire al proprio interno singole commissioni con funzioni propositive e consultive.

Art. 19

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

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

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

4. Il Consiglio di Amministrazione delibera a maggioranza dei presenti, ad eccezione delle seguenti materie:
- nomina del Direttore, su proposta della "Capogruppo",
- utilizzo del patrimonio, nel limite massimo del 15% del patrimonio delle singole gestioni,
- individuazione dell'entità esterna cui affidare il service amministrativo di cui all'art. 28,

per cui è richiesto il voto favorevole di almeno due terzi dei componenti il Consiglio; l'utilizzo del patrimonio nella misura percentuale sopra indicata può avvenire secondo le modalità di cui all'art.25 comma 10.

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

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

Art. 20

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

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

3. Il Presidente, in particolare:
- convoca e presiede il Consiglio di Amministrazione;
- vigila sull'esecuzione delle relative deliberazioni e sull'andamento dell'attività del "Fondo Sanitario";

- può assumere, in caso di comprovata urgenza e sentito il Vice Presidente, le determinazioni che giudichi indispensabili - eccettuate quelle attinenti all'approvazione del bilancio – sottoponendole a ratifica del Consiglio di Amministrazione in occasione della prima riunione successiva.

Art. 21

1. Il Direttore:

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

Art. 22

1. Il Collegio dei Sindaci è composto da:
- un Componente designato dalla "Capogruppo", che assume la Presidenza ed un Supplente, anch'esso designato dalla "Capogruppo";
- due Componenti ed un Supplente, eletti dagli iscritti tra gli iscritti medesimi

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

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

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

4. I Sindaci devono essere invitati alle adunanze del Consiglio di Amministrazione.

5. Le convocazioni sono effettuate tramite qualsiasi mezzo di comunicazione, anche telematico.

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

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

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

9. I Sindaci durano in carica quattro anni ed il loro mandato è rinnovabile, per un massimo di tre mandati consecutivi. Il quadriennio ha la stessa decorrenza di quello del Consiglio di

Amministrazione. Qualora durante il quadriennio vengano a mancare uno o più Sindaci:
- se ~~t~~trattasi del Sindaco designato dalla "Capogruppo", subentra il Supplente designato;
- se trattasi di Sindaco elettivo, si fa luogo al subentro del Supplente eletto come previsto dal "Regolamento Elettorale".

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

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

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

13. Il "Fondo Sanitario" corrisponde ai Sindaci un compenso fissato dall'Assemblea dei Delegati per la durata del mandato.

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

Art. 23

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

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

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

4. In particolare, votano per posta gli iscritti di cui all'art. 4, commi 2 bis**,** 5, 6 e 7 e all'art. 7, comma 4 e gli iscritti di cui al comma 1 del medesimo articolo qualora non sia possibile utilizzare la procedura di voto elettronico o nel caso in cui risultino assenti dal servizio al momento dello svolgimento delle elezioni.

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

CAPITOLO 5 - GESTIONE

Art. 24

1. Il "Fondo Sanitario" opera per il conseguimento delle proprie finalità con i seguenti mezzi:
- contribuzione dei datori di lavoro/committenti;
- contributi degli iscritti;
- rendimento del patrimonio;
- qualsivoglia altra entrata.

Art. 25

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

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

3. Il bilancio, la relazione sulla gestione, la relazione dei Sindaci e quella di revisione legale sono depositati in copia presso la sede legale del "Fondo Sanitario" durante i quindici giorni che precedono l'Assemblea, affinché gli aderenti possano prenderne visione.

4. Il bilancio approvato e le relazioni di cui al comma 3 sono rese pubbliche sul portale internet del "Fondo Sanitario".

5. Ferma restando l'unitaria rappresentazione del bilancio previsto dal comma 2 che precede, il bilancio stesso e le relative rendicontazioni devono recare separata ed autonoma evidenza dell'andamento degli apporti contributivi e degli esborsi per prestazioni e polizze assicurative di pertinenza rispettivamente della Gestione degli iscritti in servizio, della Gestione degli iscritti in quiescenza e della Gestione mista, con equilibrio annuale autonomo delle separate gestioni. Inoltre, deve essere data apposita evidenza degli apporti e degli esborsi di pertinenza della "Gestione Fondo Protezione", cui è attribuita una specifica quota di patrimonio come definito all'articolo 2 del presente Statuto e alla quale confluiscono gli apporti contributivi datoriali e degli iscritti.

6. All'inizio di ogni esercizio, per gli anni 2011, 2012 e 2013 è effettuato un riversamento alla gestione iscritti in quiescenza pari al 4% del totale delle contribuzioni annue della gestione iscritti in servizio (escluso quanto sarà pagato sia dall'Azienda che dai Dipendenti per le coperture di cui all'Appendice 2 al presente Statuto) a condizione che nell'anno precedente la gestione iscritti in servizio sia stata in equilibrio, determinandosi in caso contrario una riduzione del contributo dell'anno successivo pari all'importo equivalente allo sbilancio. Fermo quanto precede, detto riversamento è aumentato al 6% a partire dall'anno 2014. A partire dall'anno 2021, in caso di incapienza dell'avanzo di gestione degli iscritti in servizio, per garantire il contributo di solidarietà come sopra determinato nella misura del 6% si potrà attingere al patrimonio della gestione iscritti in servizio, entro un tetto massimo non superabile nel tempo di 12 milioni di euro, calcolato come sommatoria degli utilizzi nel corso degli anni.

7. Si procederà inoltre, sempre con cadenza annuale, al trasferimento dal patrimonio della "Gestione iscritti in servizio" alla "Gestione iscritti in quiescenza" di un importo determinato rapportando il totale del patrimonio della sezione iscritti in servizio al 31 dicembre dell'anno precedente al totale di iscritti in servizio alla medesima data, moltiplicato per il numero di iscritti che,

acquisendo il diritto alla pensione, chiedano di mantenere l'iscrizione alla "Gestione iscritti in quiescenza" a partire dal 1° gennaio dell'anno di riferimento.

8. Sempre con cadenza annuale, si procederà inoltre ad integrare la "Gestione Fondo Protezione" di un importo pari al 50% di quello determinato rapportando il totale del patrimonio della Gestione iscritti in servizio al 31 dicembre dell'anno precedente al totale di iscritti in servizio alla medesima data, moltiplicato per il numero di iscritti che, acquisendo il diritto alla pensione, chiedano di mantenere l'iscrizione alla "Gestione mista" a partire dal 1° gennaio dell'anno di riferimento ed al versamento del restante 50% alla "Gestione iscritti in quiescenza".

9. I contributi di ingresso corrisposti dagli iscritti in servizio ed iscritti in quiescenza confluiscono nel patrimonio della relativa gestione a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza del percorso di ingresso di cui all'art. 33 previsto per ciascuna società.

10. Qualora, nell'ambito di ciascun esercizio e separatamente per ogni gestione, disposti gli accrediti ed i riversamenti previsti ai commi che precedono, risulti uno squilibrio tra contribuzioni e prestazioni si procede al ripianamento utilizzando prioritariamente i rendimenti delle contribuzioni e del patrimonio e successivamente, attingendo al patrimonio di pertinenza della gestione interessata, nel limite del 15%. Qualora attuato quanto precede si evidenziassero comunque risultati negativi di una o entrambe le definite separate gestioni relative agli iscritti in servizio e agli iscritti in quiescenza, il disavanzo dovrà essere ripianato da tutti gli iscritti alla/e gestione/i interessata/e dal disavanzo secondo il criterio di addebito proporzionale alle contribuzioni versate.

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

Art. 26

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

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

Art. 27

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

Art. 28

1. Nell'ipotesi di erogazione diretta, totale o parziale, delle prestazioni del "Fondo Sanitario", la gestione amministrativa delle pratiche di rimborso è affidata ad un'entità esterna al "Fondo Sanitario" ed alla "Banca", con oneri a carico di quest'ultima e individuato ai sensi dell'art. 18, comma 2, alinea 7.

2. Fermo restando il diritto degli iscritti alla riservatezza, sancito dall'art. 12, comma 1, è facoltà del

"Fondo Sanitario" compiere accertamenti al fine di verificare il corretto operare dell'entità esterna, indicata dal comma che precede.

Art. 29

1. I datori di lavoro/committenti segnalano i nominativi da iscrivere, eseguono le ritenute e curano i pagamenti delle quote a loro carico, nei modi e nelle misure indicate agli articoli 8, 9 e10, 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 al 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" e dalla "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 o società/enti strumentali delle stesse 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 ai Regolamenti 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 inizierannoa fruire delle prestazioni di cui ai 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. Per l'esercizio 2011, in aggiunta a quanto stabilito all'art. 25, comma 4, è versato un contributo pari a 2,5 milioni di euro dalla sezione iscritti in servizio alla sezione iscritti in quiescenza.

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

3. Per l'esercizio 2013, qualora, disposti gli accrediti ed i riversamenti di cui ai commi 6, 7 e 9 dell'art. 25, erogate le prestazioni anche senza il pagamento della "quota differita"di cui al capitolo "Rimborsi" del Regolamento delle Prestazioni di competenza ed utilizzatele riserve nei termini stabiliti dallo Statuto, si evidenziasse comunque un risultato negativo della sezione iscritti in quiescenza, prima di dar luogo all'eventuale ripianamentoda 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.

4. Per il solo esercizio 2025, qualora - disposti gli accrediti ed i riversamenti di cui all'art. 25 ed utilizzate le riserve nei termini stabiliti dallo Statuto - si evidenziasse comunque un risultato negativo della Gestione iscritti in quiescenza, si attingerà al patrimonio della Gestione iscritti in quiescenza anche oltre il limite del 15% ivi stabilito invece di procedere al previsto ripianamento da parte degli iscritti alla Gestione iscritti in quiescenza, secondo il criterio di addebito proporzionale alle contribuzioni versate di cui all'art. 25 comma 10.

5. Per gli esercizi 2025, 2026 e 2027 il contributo di solidarietà dalla gestione iscritti in servizio alla Gestione iscritti in quiescenza previsto all'art. 25 comma 6 è innalzato al 7%. Non si terrà in considerazione il vincolo temporale di utilizzo del patrimonio previsto all'art. 25, comma 11 per il 2027, nel caso in cui si sia già applicato per gli anni 2025 e 2026 consecutivamente il ricorso all'utilizzo massimo del 15%.

CAPITOLO 8 - SCIOGLIMENTO

Art. 36

1. Lo scioglimento del "Fondo Sanitario" è approvato dall'assemblea dei delegati con i quorum di cui all'art. 16 comma 6 in caso di:
- sopravvenienza di situazioni o eventi che rendano impossibile il raggiungimento dello scopo ovvero il funzionamento del "Fondo Sanitario";
- accordo delle Fonti Istitutive.

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

A P P E N D I C E N. 1

CONTRIBUZIONI A CARICO DEL DATORE DI LAVORO

€ 1.200,00 per ciascun dipendente o destinatario dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà iscritto a FSI.

Rivalutazione annua a partire dal 1° gennaio 2026 con applicazione dell'indice ISTAT di variazione dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai, riscontrato al 31 dicembre dell'anno precedente.

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

a) di € 50,00 a decorrere dal 1° gennaio 2025,
b) di € 30,00 per ogni dipendente in servizio e per i destinatari dell'assegno straordinario del Fondo di Solidarietà iscritti al FSI a decorrere dal 1° gennaio 2026,
c) di ulteriori € 45,00 a partire dal 1° gennaio 2028.

CONTRIBUZIONI A CARICO DELL'ISCRITTO

Iscritti alla "Gestione Iscritti in servizio":

- 1,10% per sé (a decorrere dal 1° gennaio 2026);
- 0,20% per ogni familiare a carico sino ad un massimo dello 0,60% (0,10% per ogni familiare a carico per il quale sia attestato lo stato di necessità di sostegno intensivo risultante dalla certificazione medica rilasciata dalla Competente Struttura ASL ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992) a decorrere dal 1° gennaio 2026;
- 1,20% per ogni familiare non a carico (a decorrere dal 1° gennaio 2026).

Iscritti alla "Gestione Iscritti in quiescenza":

- 3,00% per sé;
- 0,50% per ogni familiare a carico sino ad un massimo dello 1,50% (0,25% per ogni familiare a carico per il quale sia attestato lo stato di necessità di sostegno intensivo risultante dalla certificazione medica rilasciata dalla Competente Struttura ASL ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992) a decorrere dal 1° gennaio 2026;
- 2,10% per ogni familiare non a carico (a decorrere dal 1° gennaio 2026).

GESTIONE FONDO PROTEZIONE

CONTRIBUZIONI A CARICO DELL'ISCRITTO

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

€ 100,00 a carico di ciascun iscritto non coperto dalla LTC prevista dal CCNL di categoria e € 100,00 per coniuge reso beneficiario.

€ 60,00 a carico di ciascun iscritto alla "Gestione Mista".

A P P E N D I C E N. 2

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

AREA RICOVERO

Ricovero con o senza intervento chirurgico, day-hospital, intervento chirurgico ambulatoriale e parto compreso il parto a domicilio.

Massimale annuo assicurato € 200.000,00 per nucleo (Grande Intervento Chirurgico € 400.000,00)

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: € 20.000,00 per nucleo.

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

Massimale annuo assicurato di € 5.000,00 per nucleo.
Per le cure dentarie da infortunio massimale annuo assicurato € 3.000,00 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: € 800,00 per nucleo

CURE ONCOLOGICHE

Spese relative a chemioterapia e terapie radianti, incluse le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie.
Massimale annuo assicurato € 20.000,00 per nucleo

LENTI

Massimale annuo assicurato € 250,00 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 € 700,00 per nucleo
Prestazioni effettuate solo in strutture sanitarie e medici convenzionati.

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Massimale annuo assicurato: € 5.000,00 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 endoodontico endocanalare

PSICOTERAPIA

Massimale annuo di € 500, per nucleo familiare, per interventi psicoterapeutici o psicoanalitici, ovvero conseguenti a malattie di carattere psicosomatico, anche comportanti ricovero.
Prestazioni effettuate solo in strutture sanitarie e medici convenzionati.

INTERVENTI CORRETTIVI DEI DIFETTI VISIVI (laser)

Massimale annuo di € 1.000,00 per nucleo

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 lecondizioni generali e le esclusioni sono dettagliate nel contratto di polizza assicurativa.

A P P E N D I C E N. 3

POLIZZA PER PERSONALE ISCRITTO ALLA GESTIONE MISTA.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

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

Massimale annuo assicurato € 90.000,00 per nucleo

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (alta diagnostica, accertamenti, terapie)

Prestazioni di diagnostica e terapia
Massimale annuo assicurato: € 5.000,00

VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Massimale annuo assicurato di € 500,00

PACCHETTO MATERNITA'

Massimale assicurato di € 1.000,00 per evento gravidanza

PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

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

Massimale annuo assicurato € 300,00

PREVENZIONE
Prestazioni diagnostiche particolari
Prevenzione Cardiovascolare
Prevenzione Oncologica
Visita specialistica odontoiatrica e ablazione tartaro

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Prestazioni di implantologia
Massimale 2.300 euro
Avulsione (estrazione denti).
Massimale: 4 denti l'anno

ALTRE GARANZIE
Prevenzione Herpes Zoster e sue complicanze
Massimale illimitato

Test genetici prenatali non invasivi su DNA fetale
Massimale Condiviso con Pacchetto Maternità

Trisomia 21 – Sindrome di Down (figli di Assicurati)
Massimale: € 10.000

Allegato 1

INTESA SANPAOLO
INTESA SANPAOLO GROUP SERVICES
BANCA DELL'ADRIATICO
BANCA DI CREDITO SARDO
BANCA DI TRENTO E BOLZANO
BANCA FIDEURAM
BANCA IMI
BANCA INFRASTRUTTURE INNOVAZIONE E SVILUPPO
BANCA PROSSIMA
BANCO DI NAPOLI
CASSA DEI RISPARMI DI FORLI' E DELLA ROMAGNA
CASSA DI RISPARMIO DEL VENETO
CASSA DI RISPARMIO DI VENEZIA
CASSA DI RISPARMIO IN BOLOGNA
CENTRO FACTORING
CENTRO LEASING BANCA
CENTRO LEASING RETE
CASSA DI RISPARMIO DI ASCOLI PICENO
CASSA DI RISPARMIO DI CITTA' DI CASTELLO
CASSA DI RISPARMIO DI CIVITAVECCHIA
BANCA CR FIRENZE
CASSA DI RISPARMIO DI FOLIGNO
CASSA DI RISPARMIO DEL FRIULI VENEZIA GIULIA
CASSA DI RISPARMIO DI PISTOIA E PESCIA
CASSA DI RISPARMIO DI RIETI
CASSA DI RISPARMIO DI SPOLETO
CASSA DI RISPARMIO DI TERNI E NARNI
CASSA DI RISPARMIO DELLA PROVINCIA DI VITERBO
EQUITER
EURIZON CAPITAL SGR
FIDEURAM FIDUCIARIA
FIDEURAM INVESTIMENTI SGR
IMI FONDI CHIUSI (incluso EPSILON SGR)
IMI INVESTIMENTI
INTESA FORMAZIONE
INTESA PREVIDENZA SIM
INTESA SANPAOLO PRIVATE BANKING
LEASINT
MEDIOCREDITO ITALIANO
MEDIOFACTORING
MONETA
NEOS FINANCE
SANPAOLO INVEST SIM
SETEFI
SIREFID