



INTESA  **SANPAOLO**
mail: segreteria@fabintesasampaolo.org
www.fabintesasampaolo.eu

FONDO SANITARIO DI GRUPPO INTESA SANPAOLO

Ricordiamo ai colleghi delle **ex Banche Venete** (già regolarmente iscritti al Fondo Sanitario) approdati nel gruppo a giugno 2017, che, a decorrere dal:

01 gennaio 2022
entreranno appieno nel Fondo Sanitario del gruppo ISP (FSI)

Rispetto all'appendice 2, della polizza sanitaria Unisalute che è prevista per le ex-Venete fino al 31/12/2021, **le prestazioni del Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo sono molto più ampie.**

Previmedical è il gestore amministrativo che gestisce per conto del Fondo Sanitario la centrale operativa, il servizio di Contact Center e altri servizi che troverete specificati nella sezione CONTATTI del sito.

Di seguito alcuni esempi (non esaustivi) per fornire un'idea di COSA RIMBORSA ATTUALMENTE il FSI (come specificato di seguito, per le prestazioni e le modalità, è necessario collegarsi al sito del Fondo e leggere attentamente il regolamento).

Cure odontoiatriche:

- massimale annuo di € 1.500, con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto;
- A fronte di una spesa di importo pari o superiore ad € 6.500, riferita ad un piano di cure dentarie relative ad un unico iscritto/beneficiario, viene riconosciuta la facoltà di fruire, una tantum per l'intero periodo di iscrizione al Fondo Sanitario, oltre che del plafond relativo all'anno di fatturazione, anche di quello relativo al biennio successivo, con un massimo di € 4.500 complessivi;

-
- Il massimale di € 1.500,00 è aumentato ad € 2.000 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e;
- spese per ablazione del tartaro e visita di controllo nel limite di € 75 per persona una volta all'anno, non considerati ai fini dell'esaurimento dei massimali sopra citati.

Prestazioni Ospedaliere:

- Sono rimborsate le spese sostenute in caso di ricovero per infortunio o malattia, con o senza intervento chirurgico, day-hospital, intervento chirurgico ambulatoriale (ad esclusione di quelli direttamente connessi alle cure dentarie);
- Il massimale annuo è di € 150.000 per evento, raddoppiato a € 300.000,00 nel caso di Grandi Interventi Chirurgici (elenco consultabile nel regolamento delle prestazioni);
- le spese relative agli eventi sottoindicati, sono rimborsati con i seguenti limiti:
 - in caso di intervento ambulatoriale franchigia del 20% per evento;
 - in caso di parto cesareo o aborto € 7.800 per evento;
 - in caso di parto non cesareo € 3.500 per evento, con minimo di € 500,00;
 - In caso di ricovero non connesso ad intervento chirurgico di durata inferiore a 5 giorni (4 notti), il rimborso avviene con applicazione di una franchigia minima di € 500.

Le prestazioni ospedaliere rimborsate sono:

- onorari del chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria o per materiale di intervento;
- rette di degenza: limite giornaliero di € 300,00 con eccezione dei grandi eventi patologici (GEP) per i quali il limite è di € 350,00, IVA inclusa (esclusi i comfort);
- spese per assistenza medica, infermieristica e assistenziale, cure, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici sostenute durante il periodo di ricovero o degenza;
- assistenza medica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici, sostenute nei 90 gg. precedenti/successivi il ricovero od alla data dell'intervento ambulatoriale (elevati a 120gg in caso di ricovero nell'ambito del SSN)

In alternativa al rimborso, (per esempio se la cura o l'intervento non genera richieste di rimborso in quanto sostenuti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale), l'iscritto

ha diritto all' Indennità di Diaria in caso di ricovero in istituto di cura, che non comportino esborsi da parte del Fondo Sanitario, anche in day hospital.

È corrisposta all'iscritto una indennità di € 90 per ogni giorno intero di durata del ricovero compreso il giorno di ingresso, con un massimo per ciascun beneficiario e per ciascun evento di 90 giorni (giorni raddoppiati in caso di Grandi Eventi Patologici).

Lenti:

- massimale annuo di € 450 con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto, a fronte di prescrizione medica effettuata nel corso del quinquennio precedente; è rimborsato anche l'eventuale costo sostenuto per la montatura.
- Il massimale è aumentato ad € 600 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti.

Latte in polvere per l'alimentazione dei neonati:

È rimborsato dietro prescrizione del medico di base o dello specialista, limitatamente alle spese sostenute entro i primi 6 mesi di vita ed entro il limite di € 300 per ogni neonato.

Per una vostra lettura di TUTTE LE PRESTAZIONI ed ESCLUSIONI il documento a cui fare riferimento è il 'regolamento delle prestazioni' che potete trovare anche sul sito del FSI (è possibile scaricarlo [cliccando qua](#)).

Invitiamo tutti a leggere bene il regolamento che è l'unico documento a cui far riferimento con anche indicate le modalità di presentazione delle pratiche, che vi invitiamo a seguire con estrema attenzione per evitare problemi in sede di rimborso.

Le guide per la presentazione delle richieste di rimborso, spese sanitarie e spese odontoiatriche, sono consultabili nella sezione MODULI - rimborso spese sanitarie.

Collegandosi al sito <https://www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it/> troverete il regolamento delle prestazioni, l'assistenza convenzionata, la sezione dedicata alle iscrizioni variazioni anagrafiche/cessazioni: dal 29/7/2021 il Fondo Sanitario è entrato nell'Anagrafe Unica Welfare di Intesa Sanpaolo.

QUANDO E COME ISCRIVERE UN NUOVO FAMILIARE:

Le richieste di iscrizione del coniuge e dei figli, supportate da idonea certificazione anagrafica, devono pervenire entro la fine del 4° mese successivo a quello in cui:

- il matrimonio o unione civile è contratto
- il coniuge di fatto è inserito nello stato di famiglia
- il figlio è nato, ovvero è adottato

Le richieste di iscrizione di altri familiari beneficiari, supportate da idonea certificazione anagrafica, devono pervenire entro la fine del 4° mese successivo a quello in cui:

- si è compiuto un anno di convivenza

In entrambi i casi le prestazioni del Fondo Sanitario decorrono dal momento in cui è sorto il diritto all'inserimento del familiare (comunicando l'evento entro i 4 mesi dal diritto), **senza alcun periodo di scopertura**.

I dipendenti che accedono a People dovranno iscrivere i familiari attraverso la funzionalità '**Richiesta iscrizione familiare al Fondo Sanitario**'. Se il familiare non è ancora registrato, si dovrà prima procedere ad inserirlo attraverso la funzione "**Gestione Nucleo familiare**" di #People; in questo caso, al termine dell'inserimento dei dati comparirà un link che permetterà di effettuare l'iscrizione al Fondo.

Per coloro che non hanno accesso a #People l'iscrizione dei familiari aventi diritto può avvenire sia attraverso la procedura presente nell'Area iscritto, che attraverso l'invio del modulo cartaceo, allegando idonea documentazione.

Ricordiamo che agli iscritti è fatto obbligo di segnalare al Fondo Sanitario ogni variazione del proprio stato di famiglia, ovvero della situazione dei carichi fiscali, entro 4 mesi dal verificarsi di qualsiasi variazione in merito.

INSERIMENTO/INVIO RICHIESTA DI RIMBORSO :

- **TRAMITE SITO INTERNET FSI:** effettuare accesso all' AREA ISCRITTO sul sito del fondo (www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it), a fondo pagina, cliccando su "**GESTIONE PRATICHE**" -> "**RICHIESTA DI RIMBORSO**".
- **MODALITA' CARTACEA:** modalità riservata agli iscritti che non possono accedere all'applicativo on-line. I moduli di richiesta rimborso sono scaricabili dal sito. Le richieste di rimborso vanno inviate a FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A. Via E. Forlanini 24 – 31022 Preganziol (TV).

I documenti di spesa devono essere presentati, al rimborso, entro il termine ultimo del 31 marzo dell'anno successivo alla data di emissione .

Le spese sostenute sono liquidate, di massima entro 45 giorni, dalla data di ricezione della documentazione, nella misura dell'80% della somma spettante, ad eccezione delle prestazioni effettuate da medici e strutture in forma totalmente convenzionata.

La liquidazione della quota residua, non immediatamente erogata, avviene entro il 30 giugno dell'anno successivo, dopo approvazione del bilancio.

Priorità di erogazione:

- prestazioni fino alla concorrenza della cd “ soglia delle risorse vincolate” prevista dal D.M. 27/10/2009;
- iscritti portatori di handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge 5/2/1992 n. 104.

NB: per tutti gli iscritti o familiari beneficiari della Legge 5/2/1992 n. 104 i sensi dell’art. 3, comma 3, per beneficiare della priorità nella liquidazione della quota differita, non immediatamente erogata, relativa alle spese per prestazioni sanitarie, secondo quanto specificato nel capitolo “Rimborsi” dei Regolamenti delle Prestazioni in vigore, devono comunicare al fondo tale beneficio. Per effettuare la comunicazione dei benefici per sé o per i familiari basta accedere all’area iscritto, selezionare la voce il tuo profilo, scegliere richiesta di riconoscimento/di esclusione dei benefici della legge 104/92, selezionare il nominativo e compilare i dati richiesti.

COSTI:

Stante il fatto che l’iscrizione al Fondo Sanitario è già avvenuta, comunque vi rammentiamo di seguito i costi che troverete direttamente sulla busta paga: la contribuzione a carico dell’ iscritto (determinata su tutte le voci della retribuzione imponibile ai fini INPS) dal 01 gennaio 2022 sarà:

- 1% per sé (il dipendente)
- 0,10% per ciascun familiare fiscalmente a carico (max 0.30%)
- 0.90% per ciascun familiare fiscalmente non a carico.

In precedenza, a partire dal 1°gennaio 2019, i contributi versati dai dipendenti delle EX BANCHE VENETE per il periodo 2019-2021 a titolo di “contributo di ingresso” sono:

- 0,50% per sé (il dipendente)
- 0,05% per familiari fiscalmente a carico, sino massimo 0,15% per tre o più familiari a carico.

Tale contributo di ingresso viene calcolato sulla retribuzione imponibile INPS e confluirà nel patrimonio della “Gestione Iscritti in servizio” il 1° gennaio dell’anno successivo alla scadenza del periodo transitorio, quando gli iscritti potranno fruire delle prestazioni dirette del Fondo Sanitario.

La contribuzione annua a carico del datore di lavoro rimane invariata ed è pari nel 2021 ad € 982,13 per ciascun titolare. Sarà rivalutata annualmente con applicazione dell'indice ISTAT di variazione dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai.

Poiché quanto riportato nel presente volantino è una parte delle coperture offerte dal nostro Fondo vi alleghiamo il link della guida Fabi, che ne riporta un elenco più dettagliato, insieme alle principali nozioni relative agli aventi diritto alle prestazioni: [GUIDA FABI AL FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DI GRUPPO](#).

Carissimi colleghi, le prestazioni e le contribuzioni potrebbero variare in virtù del fatto che la complessa materia dell'assistenza sanitaria sarà oggetto di trattativa tra la Fabi, le altre OOSS e la Banca nei prossimi mesi, in relazione alla scadenza, a fine anno, del 'contratto integrativo di gruppo'. Sarà nostra cura informarvi, prontamente, come di consueto.

Milano 13 settembre 2021

LA SEGRETERIA **FABI** GRUPPO INTESA SANPAOLO



INTESA  SANPAOLO

mail: segreteria@fabintesasampaolo.org
www.fabintesasampaolo.eu