

Fondo Sanitario integrativo

Cari soci,

Vi alleghiamo il testo dell'Accordo raggiunto il 5 novembre u.s. fra l'Azienda e i Sindacati, dello Statuto con le appendici 1 e 3, nonché dei regolamenti delle prestazioni di entrambe le Gestioni sinora esistenti, il tutto preceduto da una sintesi delle modifiche più significative.

Il processo non è ancora completo, perché dovrà essere implementata la nuova Gestione Mista con la scelta di una Compagnia di Assicurazione e la definizione più puntuale delle prestazioni e delle contribuzioni, con la stesura dell'appendice 2 allo Statuto.

Dovrà inoltre essere perfezionato il processo di integrazione del Fondo Sanitario UBI in quello di Intesa Sanpaolo.

L'Associazione si impegna a tenere i Soci al corrente del seguito.

Un caro saluto a tutti

Prestazione	2021	Dal 1° gennaio 2022
Spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente), nonché spese per assistenza medica, infermieristica e assistenziale sostenute durante il periodo di ricovero medico per ragioni essenzialmente assistenziali e di mantenimento (lungodegenza) e non per cura di malattia in fase acuta.	Non riconosciute	E' fissato un limite massimo di degenza di 40 giorni all'anno per assistito. Detti ricoveri sono riconosciuti a condizione che vengano effettuati presso ospedali, cliniche, reparti specialistici di case di cura e di RSA, hospice, ospedali di comunità.
Farmaci che possiedono il requisito dell'innovatività terapeutica	Introdotti in via sperimentale	Introdotti in via definitiva
Medicinali chemioterapici, farmaci antiretrovirali, nonché medicinali reperibili solo all'estero.	Inclusi al punto 5 del regolamento	Riconosciuti a fronte di prescrizione da parte di enti ospedalieri con indicazione della durata della terapia. Sono accolte le prescrizioni del medico di base purché sia allegata copia originaria della prescrizione dell'Ente ospedaliero. La richiesta di rimborso, che sarà riconosciuto a seguito della valutazione del Consulente sanitario del "Fondo Sanitario" circa il rispetto dei requisiti sopra indicati, dovrà essere corredata da fattura e dalla prescrizione di cui sopra e sarà riconosciuta entro un massimale annuo di 600 euro.
Prestazioni Ospedaliere – Massimali	150.000 per evento	200.000 per evento
Prestazioni Ospedaliere per Grandi Interventi Chirurgici	300.000 per evento	400.000 per evento
Alta diagnostica in convenzione (forma diretta)	Franchigia 30%	Franchigia 10% con minimo Euro 15 sino al 2023, Euro 10 dal 2024
Prestazioni specialistiche in convenzione (forma diretta)	Franchigia 30%	Franchigia 10% con minimo Euro 15 sino al 2023, Euro 10 dal 2024
Trattamenti fisioterapici e ri-educativi (solo su prescrizione)	Massimale Euro 800 Raddoppiato nel caso di Grandi Eventi Patologici	Massimale Euro 1.000 Raddoppiato nel caso di Grandi Eventi Patologici
Mezzi correttivi oculistici	massimale annuo di € 250, a fronte di prescrizione medica	invariato sino al 31 dicembre 2023.

	effettuata nel corso del quinquennio precedente e con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto;	Dal 1° gennaio 2024, massimale annuo di € 400, a fronte di prescrizione medica effettuata nel corso del quinquennio precedente e con una quota pari al 30% a carico dell'iscritto;
Cure Dentarie	Massimale Euro 600 Franchigia 30%	<p>Fino al 31 dicembre 2023 Massimale Euro 700 Franchigia 25% se in convenzione; Franchigia 30% se a rimborso. <i>A fronte di una spesa di importo pari o superiore ad € 3.000 suddivisa in un massimo di 4 fatture riferite 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 della prima fattura di acconto anche di quello relativo al biennio successivo, con un massimo di € 2.100 complessivi.</i> <i>Il rimborso della spesa avverrà a fronte della presentazione della fattura di saldo, corredata dalle eventuali fatture di acconto, a condizione che tra la prima di fattura di acconto e quella di saldo non intercorrano più di 12 mesi.</i></p> <p>dal 1° gennaio 2024: massimale annuo di € 750, con una quota pari al 30% a carico dell 'iscritto, ridotta al 25% qualora le prestazioni vengano erogate da medici/strutture totalmente convenzionati; <i>a fronte di una spesa di importo pari o superiore ad € 3.300 suddivisa in un massimo di 4 fatture riferite 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 della prima fattura di acconto anche di quello relativo al biennio successivo, con un massimo di € 2.250 complessivi.</i></p>

		<i>Il rimborso della spesa avverrà a fronte della presentazione della fattura di saldo, corredata dalle eventuali fatture di acconto, a condizione che tra la prima fattura di acconto e quella di saldo non intercorrano più di 12 mesi;</i>
Interventi psicoterapeutici o psicoanalitici	Massimale Euro 1.500	Massimale Euro 1.800
Quota differita (sulle prestazioni a rimborso e miste.	30% della quota a carico del Fondo.	Abolita

Consigliamo agli iscritti una lettura integrale del nuovo regolamento, che alleghiamo e che verrà pubblicato sul sito del Fondo Sanitario nella parte accessibile senza credenziali.

L'elenco non è esaustivo, ma riporta le prestazioni che più interessano la nostra categoria. Va sottolineata l'incentivazione, in termini di abbassamento delle franchigie, ad usufruire di prestazioni in convenzione, più economiche per il Fondo Sanitario grazie alle tariffe convenute. Il Fondo si è molto impegnato a rivedere le convenzioni, anche con stipule dirette al di fuori dalla rete Previmedical. Per un impiego ottimale delle risorse associative, abbiamo il dovere di raccomandare a tutti il ricorso agli enti convenzionati, ovviamente quando questo non comporti, in qualche modo, uno svantaggio nel perseguimento della salute dell'iscritto.

Modifiche allo Statuto e alla struttura del Fondo di interesse per la Gestione Quiescenti

Il Fondo Protezione

Riportiamo il testo dello Statuto in vigore dal prossimo 1.1.2022 :

E' 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 3% del patrimonio di pertinenza della "Gestione iscritti in servizio" rilevato al 31.12.2021;
- **una quota una tantum pari al 3% del patrimonio di pertinenza della "Gestione iscritti in quiescenza" rilevato al 31.12.2021;**
- 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".

Il contributo annuo per aderire a questa gestione, per quanto riguarda i quiescenti, sarà:
Euro 10 se l'iscritto è già coperto dalla polizza prevista dal CCNL;
Euro 30 per chi non è coperto e per i coniugi o conviventi resi beneficiari.

La Gestione Mista

Questa gestione, che si aggiunge alle due esistenti degli Attivi e dei Quiescenti, è stata creata per dare una copertura agli "Agenti", che non sono dipendenti della banca ma collaboratori autonomi. L'accesso alla gestione mista è comunque estesa a tutti, Attivi e Pensionati, qualora intendano usufruire di un limitato numero di prestazioni essenziali, ad un costo più moderato rispetto alla contribuzione delle due gestioni tradizionali.

L'iscrizione alla Gestione Mista è consentita sia ai nuovi pensionati, sia a quelli già in essere.

La copertura di questa gestione avverrà mediante polizza assicurativa. A breve verrà indetta una gara per l'assegnazione dell'incarico e in tale circostanza verrà fissato il costo (intorno a Euro 500 annui da corrispondere in via anticipata) ed eventuali prestazioni migliorative rispetto a quelle elencate nell'appendice 3 allo Statuto. Faremo seguito appena possibile.

Gli iscritti che passano alla Gestione Mista potranno, dopo tre anni, ritornare alla Gestione Quiescenti. Questa facoltà è accordata una sola volta.

Una sintesi dei cambiamenti statutari più significativi

Art. 5 – Sono state introdotte modifiche alla documentazione, con possibilità di ricorrere ad autocertificazione, nei termini di legge, per la determinazione della legittimità a rendere i familiari beneficiari delle prestazioni del Fondo.

Al punto 4 è stato statuito che i figli si considerano fiscalmente a carico anche nel caso in cui i benefici fiscali siano integralmente riconosciuti a uno solo dei genitori; inoltre, finché permane il carico fiscale si prescinde dal requisito della convivenza.

Art. 6 – I figli, dell'iscritto o del coniuge, sono considerati fiscalmente a carico sino alla fine dell'anno in cui compiono 24 anni. Dall'anno successivo vengono considerati non a carico, salvo che l'iscritto faccia pervenire, entro il 31 ottobre, idonea documentazione che attesti la condizione di familiare a carico. Il figlio deve comunque convivere con uno dei genitori.

Art. 25 – Contiene importanti innovazioni. A partire dal bilancio 2021, in caso di incapienza dell'avanzo di gestione degli iscritti in servizio, viene garantito il contributo di solidarietà alla Gestione Quiescenti nella misura del 6%, attingendo dal patrimonio degli iscritti in servizio entro un tetto massimo di 12 milioni di euro, calcolato come sommatoria degli utilizzi nel corso degli anni.

Non è stata modificata la norma che lascia nel patrimonio degli attivi la quota di coloro che, andando in pensione, non proseguono l'iscrizione al Fondo. Per coloro invece che optano per

l'iscrizione alla Gestione Mista, essi conferiscono il 50% della propria quota alla suddetta Gestione e il rimanente 50% alla Gestione Quiescenti.

Nel caso di disavanzo d'esercizio, non essendo più prevista la quota differita, il ricorso al patrimonio della Gestione interessata sale al 15% delle riserve (ex 10%). Se tale importo non fosse sufficiente a coprire il disavanzo, lo stesso dovrà essere ripianato da tutti gli iscritti di quella Gestione, con ulteriore contribuzione proporzionale a quella versata. L'utilizzo, di cui sopra, delle riserve non potrà andare oltre due esercizi consecutivi. Le Fonti Istitutive dovranno individuare per tempo le misure per ripristinare l'equilibrio finanziario.