

Torino, 10 dicembre 2008

Prot. n. 625

Allegati: come al testo

Al Personale dipendente da

- *Cassa di Risparmio in Bologna S.p.A.*
- *Cassa dei Risparmi di Forlì e della Romagna S.p.A. proveniente da Cassa di Risparmio in Bologna S.p.A. - Intese Collettive 6 settembre 2007*
- *Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia S.p.A.*
- *Cassa di Risparmio di Venezia S.p.A.*
- *Cassa di Risparmio del Veneto S.p.A. proveniente da Cassa di Risparmio di Venezia S.p.A. e Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia S.p.A. - Intese Collettive 19 e 27 giugno 2006*

Oggetto: assistenza sanitaria integrativa.

Si informa che le intese collettive del 4 dicembre 2008 hanno previsto l'adesione alla Cassa scrivente per il Personale in indirizzo, in servizio al 1° gennaio 2009 e di successiva assunzione o, alla medesima data, titolare di assegno per il sostegno del reddito. Restano esclusi dalle previsioni i dipendenti della Cassa di Risparmio in Bologna provenienti da Cassa dei Risparmi di Forlì e della Romagna (intese collettive 6 settembre 2007) che conservano le coperture in essere presso la banca di provenienza.

Al suddetto Personale, con contratto di lavoro a tempo indeterminato o di apprendistato professionalizzante – in detta ultima fattispecie se assunto in data anteriore al 1° gennaio 2008 – sono riconosciute, a far tempo da 1° gennaio 2009, le prestazioni di assistenza sanitaria dettagliate nell'Appendice 1 dello Statuto.

Il Personale con contratto di apprendistato di successiva assunzione è destinatario delle prestazioni assistenziali, a decorrere dal 1° gennaio del terzo anno solare successivo all'assunzione stessa.

Per il perfezionamento amministrativo dell'adesione e per l'eventuale estensione delle prestazioni ai rispettivi familiari - nei limiti previsti dall'accordo del 4 dicembre ed, in generale, dalla normativa

statutaria - deve essere compilata e trasmessa, **entro il 31 marzo 2009**, l'unità modulistica alla Banca di appartenenza - Ufficio Personale e Organizzazione - unitamente ad idonea certificazione anagrafica ove sia richiesta l'estensione in favore di familiari per i quali è previsto il requisito della convivenza.

Entro il predetto termine gli interessati possono altresì **manifestare, in via definitiva ed irrevocabile, la rinuncia all'adesione** a mezzo lettera raccomandata indirizzata al medesimo ufficio del Personale della Banca di appartenenza.

In assenza di detta comunicazione formale di rinuncia l'adesione sarà resa definitiva senza la possibilità di operare futuri recessi; sono parimenti escluse nuove adesioni o modifiche del nucleo familiare reso beneficiario se non nei limiti e nei modi previsti dalle disposizioni statutarie.

Si evidenzia da ultimo che **l'adesione decorre dal 1° gennaio 2009** (o dalle rispettive differenti decorrenze per i titolari di rapporto di apprendistato) **ma la fruizione delle prestazioni è comunque subordinata, anche in assenza di nucleo familiare, al regolare perfezionamento degli aspetti amministrativi** con formalizzazione al competente Ufficio della Banca della richiamata modulistica.

Si rimanda ad un'attenta lettura dello Statuto consultabile nella sezione dell'intranet aziendale dedicato alla Cassa e dell'unito piano di assistenza che riporta una sintesi degli argomenti di maggior rilievo.

Gli uffici della Segreteria Operativa sono a disposizione per eventuali necessità di chiarimento (☎ 011555.7638).

Con i migliori saluti.

IL PRESIDENTE
(Franco Toso)



**PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
AZIENDALE PER GLI ADERENTI IN SERVIZIO CON
CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO O DI
APPRENDISTATO PROFESSIONALIZZANTE**

ALLEGATI:

– **MODULISTICA: DA RESTITUIRE URGENTEMENTE!**

MODULO “NFB – BANCHE RETE 2009” – NUCLEO BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

MODULO AUTORIZZAZIONE ADDEBITO

PRIVACY

gennaio 2009

1. ADERENTI E BENEFICIARI A RICHIESTA

1.1 OPZIONI INIZIALI

Le prestazioni della “Cassa” operano a decorrere dal 1° gennaio 2009 in favore del Personale dipendente dalle Banche di seguito indicate, in servizio al 1° gennaio 2009 o, alla medesima data, titolare di assegno di sostegno del reddito:

Cassa di Risparmio in Bologna S.p.A., Cassa dei Risparmi di Forlì e della Romagna S.p.A. proveniente da Cassa di Risparmio in Bologna S.p.A. - Intese Collettive 6 settembre 2007, Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia S.p.A., Cassa di Risparmio di Venezia S.p.A. e Cassa di Risparmio del Veneto S.p.A. proveniente da Cassa di Risparmio di Venezia S.p.A. e da Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia S.p.A. - Intese Collettive 19 e 27 giugno 2006, purché con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o di apprendistato professionalizzante. In detta ultima fattispecie, esclusivamente se assunto in data anteriore al 1° gennaio 2008. Il medesimo personale ove titolare di contratto di apprendistato professionalizzante assunto con data posteriore al 1° gennaio 2008, aderirà alla Cassa a far tempo dal 1° gennaio del terzo anno solare successivo all’assunzione stessa.

Le prestazioni sono riconosciute nei limiti e secondo le previsioni dello **Statuto, il cui testo integrale è disponibile nella sezione dell’intranet aziendale dedicata alla “Cassa” (si veda il successivo punto 8).**

Con le medesime decorrenza le prestazioni assistenziali possono essere estese, su richiesta di ciascun interessato, ai familiari sotto elencati **già beneficiari delle prestazioni sanitarie previste da polizza assicurativa UNISALUTE.**

L’estensione a familiari non beneficiari delle prestazioni di polizza, sono accolte con corresponsione della corrispondente contribuzione dal 1° gennaio 2009 e fruizione delle prestazioni dal 1° gennaio 2010.

LA MODULISTICA NECESSARIA ALLA FORMALIZZAZIONE DELL’ADESIONE E ALL’EVENTUALE ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI AI FAMILIARI DEVE PERVENIRE AGLI UFFICI ENTRO IL TERMINE MASSIMO DEL 31 MARZO 2009

FAMILIARI BENEFICIARI A RICHIESTA

1) FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO (indipendentemente dalla convivenza con l’aderente)

- Coniuge
- Figli di età non superiore a 26 anni.

2) FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO

- Coniuge, anche se non convivente, purché non separato legalmente;

- Coniuge di fatto risultante dallo stato di famiglia;
- Figli, anche se adottati, purché conviventi con almeno uno dei genitori;
- Figli conviventi, anche se adottati, del coniuge non legalmente separato del coniuge di fatto;
- Genitori, purché conviventi, di età non superiore a 75 anni.

3) ALTRI FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO

- Figli di età superiore a 26 anni, purché conviventi con almeno uno dei genitori;
- Genitori di età non superiore a 75 anni, purché conviventi;
- Altri familiari in linea retta o collaterale (nonni, nipoti ex-filio, fratelli) dell'aderente, purché conviventi e di età non superiore a 75 anni.

Si segnala che:

- la facoltà di estensione delle prestazioni a favore dei familiari sopra individuati **può essere esercitata soltanto contestualmente alla conferma dell'adesione** ed è **irrevocabile** e senza possibilità di successivi inserimenti, fatto salvo quanto previsto al successivo punto 1.2;
 - **l'estensione a favore dei soggetti di cui al punto 1) deve riguardare la totalità del nucleo familiare fiscalmente a carico;**
 - i figli permanentemente inabili al lavoro rientrano tra i familiari di cui al punto 1), indipendentemente dall'età;
 - l'estensione a favore dei familiari di cui ai punti 2) e 3), oltre ad essere subordinata all'avvenuto inserimento dei familiari di cui al punto 1), deve riguardare la **totalità degli aventi diritto, così come risultante dallo stato di famiglia anagrafico**, non sostituibile da "autocertificazione";
 - l'estensione a favore del solo coniuge fiscalmente non a carico o del coniuge di fatto può essere effettuata anche in deroga al criterio della totalità di estensione delle prestazioni di cui ai punti precedenti;
 - l'estensione ai familiari di cui ai punti 2) e 3), - beneficiari di analoga assistenza sanitaria integrativa da comprovare con idonea documentazione - non è obbligatoria ai fini del rispetto del principio di inserimento della totalità degli aventi diritto;
- l'estensione deve essere richiesta dall'aderente compilando l'unito modulo «**NFB-BANCHE RETE 2009**» che va restituito **all'Ufficio Personale e Organizzazione della Banca di appartenenza** allegando, ove sia previsto il requisito della convivenza, lo stato di famiglia anagrafico rilasciato da non oltre 6 mesi, non sostituibile con "autocertificazione;
- nel caso di aderenti legati da vincolo matrimoniale o conviventi in famiglia di fatto si fa comunque riferimento a due nuclei (con massimali distinti), con aggregazione, a libera scelta degli interessati, dei figli ad una delle posizioni dei genitori. **La scelta non è successivamente modificabile;**

- le prestazioni decorrono, in ogni caso e per tutti i soggetti già beneficiari, dal 1° gennaio 2009;
- ai fini della definizione di familiare **“fiscalmente a carico”** si intende il soggetto - percettore di redditi propri di ammontare complessivamente inferiore ai limiti di legge (pari, per il 2008, a €2.840,51 annue, al lordo degli oneri deducibili), nei cui confronti l'aderente sia destinatario - anche in quota parte – degli inerenti benefici fiscali, nel rispetto della normativa di legge vigente. **Con esclusivo riguardo ai figli di cui punto 1) è sufficiente che ricorra il solo requisito di reddito.**

1.2 OPZIONI SUCCESSIVE

Unicamente a seguito di variazioni del nucleo familiare dell'aderente intervenute successivamente alle segnalazioni iniziali, le prestazioni della “Cassa” possono essere estese, sempre a richiesta, ai soggetti elencati al paragrafo precedente, **entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo all'insorgenza del diritto.**

A titolo esemplificativo si precisa che l'estensione delle prestazioni, successivamente alle opzioni iniziali, è possibile al verificarsi di eventi quali:

- matrimonio;
- convivenza con coniuge di fatto;
- nascita di figli, adozioni;
- convivenza, insorta successivamente e perdurante per un intero anno, con i familiari di cui al punto 3), nonché al punto 2) limitatamente a genitori e figli, della tabella a pagina 2.

Si precisa che:

- le richieste di estensione delle prestazioni di cui al punto 1.2 devono essere formulate con la modulistica in uso (mod. 094453) reperibile nella specifica sezione dell'intranet aziendale, di cui al successivo punto 8);
- l'aderente ha l'**obbligo di comunicare tempestivamente alla “Cassa” ogni variazione del proprio stato di famiglia e della situazione dei carichi fiscali** (con comunicazione effettuata direttamente a CASSA DI ASSISTENZA SANPAOLO IMI c/o INTESA SANPAOLO S.p.A. – Amministrazione del Personale Via Lugaro 15 – 10126 Torino);
- **le richieste di estensione delle prestazioni** al coniuge e ai figli, supportate da idonea certificazione anagrafica, **devono pervenire entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo** a quello in cui:
 - il matrimonio è contratto;
 - il coniuge di fatto è inserito nello stato di famiglia;
 - il figlio è nato, ovvero è adottato;
- le prestazioni della “Cassa” decorrono dal momento in cui è sorto il diritto all'inserimento del familiare per il quale è pervenuta, nei termini previsti, la relativa richiesta;

- per quanto riguarda l’inserimento di familiari di cui al punto 3), nonché al punto 2) limitatamente a genitori e figli, della tabella a pag. 2, le richieste devono pervenire entro e non oltre l’ultimo giorno del quarto mese successivo al compimento dell’anno di convivenza, unitamente allo stato di famiglia comprovante la sussistenza della convivenza per l’intero anno precedente. Il relativo inserimento ha efficacia dal compimento dell’anno in discorso;
- laddove intervengano variazioni dei carichi fiscali, è possibile, **nel rispetto del principio della continuità**, mantenere l’estensione delle prestazioni, seppur a diverso titolo contributivo, ai soggetti a suo tempo individuati (ad esclusione degli altri familiari di cui al punto 3, alinea 3 della tabella a pag. 2, i quali possono beneficiare delle prestazioni solo se fiscalmente a carico dell’aderente);
- **le richieste di estensione delle prestazioni pervenute oltre i termini sopraindicati sono accolte con il pagamento della contribuzione dal mese di pervenimento della domanda di inserimento e con diritto a fruire, per il familiare in questione, delle relative coperture decorso un intero anno dalla richiesta stessa.**

1.3 CESSAZIONI

La qualifica di aderente viene meno a seguito di:

- **perdita, da parte della Banca di appartenenza o di provenienza, dei requisiti di “Partecipata”, così come individuati all’art. 4 dello Statuto. In tale ipotesi, la qualifica di aderente viene meno al 31 dicembre dell’anno in cui si verifica l’evento;**
- cessazione del rapporto di lavoro senza diritto a trattamento pensionistico;
- compimento di gravi irregolarità nei confronti della “Cassa”, ascrivibili all’aderente od ai familiari beneficiari delle prestazioni.

Le prestazioni della “Cassa” per i familiari beneficiari, stante l’irrevocabilità dell’opzione, cessano contestualmente alla perdita della qualifica di aderente del dipendente, ovvero al venir meno dei requisiti prescritti per le diverse situazioni.

Pertanto **devono essere comunicati tempestivamente i casi di decesso o la perdita dei requisiti da parte dei familiari beneficiari delle prestazioni della “Cassa”** quali la separazione legale o il divorzio, la variazione del carico fiscale, il termine della convivenza anagrafica.

Limitatamente ai genitori, la qualifica di beneficiari delle prestazioni della “Cassa” cessa contestualmente al venir meno della convivenza con l’aderente ovvero al compimento del 75° anno di età. Per gli altri familiari di cui al punto 3) alinea 3, della tabella a pag. 2/3, la qualifica di beneficiario viene meno, oltre che nei casi predetti, anche a seguito della perdita - da parte dell’aderente - del relativo carico fiscale.

La “Cassa”, in ragione del necessario rispetto da parte degli assistiti della normativa statutaria vigente, effettua verifiche periodiche circa la rispondenza del nucleo familiare beneficiario delle prestazioni alle specifiche previsioni in materia.

1.4 PROVVEDIMENTI A CARICO DEGLI ADERENTI

La “Cassa” 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 aderente.

Qualora siano rilevati presunti abusi, l’aderente ed il nucleo familiare beneficiario sono soggetti a sospensione cautelare dall’erogazione delle prestazioni statutariamente previste.

L’interessato, entro 15 giorni dalla comunicazione del provvedimento di sospensione e dalla relativa contestazione degli addebiti, ha facoltà di presentare giustificazioni scritte.

Trascorso l’indicato termine, anche in mancanza delle predette giustificazioni, il Consiglio Direttivo, nella prima adunanza utile può deliberare, in via definitiva, eventuali sanzioni.

In caso di accertato abuso, fatte salve - se del caso - comunicazioni all’Autorità Giudiziaria, l’aderente è tenuto al rimborso di quanto indebitamente percepito; inoltre il Consiglio Direttivo può disporre la perdita della qualifica di aderente, ovvero la sospensione delle prestazioni - ferma restando la corresponsione delle contribuzioni - per un periodo minimo di un anno, proporzionando i massimali relativi alle varie prestazioni alla porzione di anno in cui siano ripristinate le coperture.

2. CONTRIBUZIONE

La “Cassa” si fonda sul principio dell’apporto contributivo congiunto da parte dell’Azienda e degli aderenti, secondo le misure di seguito indicate:

A CARICO DEL DATORE DI LAVORO

- importo in cifra fissa annua per ciascun aderente, nella misura tempo per tempo disposta dalle fonti collettive e annualmente rivalutata (per l’anno 2009, € **860,74** oltre la rivalutazione derivante dall’applicazione dell’indice ISTAT riscontrato al 31 dicembre 2008);
- importo corrispondente allo 0,10% della retribuzione imponibile annua relativa agli aderenti appartenenti alle Aree Professionale ed ai Quadri Direttivi di 1° e 2° livello;

A CARICO DEGLI ADERENTI

▪ Aliquote per aderenti appartenenti alle Aree Professionali

- | | |
|---|--------------|
| - aderente singolo | 0,80% |
| - aderente con un familiare fiscalmente a carico | 0,90% |
| - aderente con due familiari fiscalmente a carico | 1,00% |
| - aderente con tre o più familiari fiscalmente a carico | 1,10% |

- **Aliquote per aderenti appartenenti ai Quadri Direttivi di 1° e 2° livello e loro familiari fiscalmente a carico**
 - aderente singolo **0,81%**
 - aderente con un familiare fiscalmente a carico **0,91%**
 - aderente con due familiari fiscalmente a carico **1,01%**
 - aderente con tre o più familiari fiscalmente a carico **1,11%**

- **Aliquote per aderenti appartenenti ai Quadri Direttivi di 3° e 4° livello e Dirigenti e loro familiari fiscalmente a carico**
 - aderente singolo **0,91%**
 - aderente con un familiare fiscalmente a carico **1,01%**
 - aderente con due familiari fiscalmente a carico **1,11%**
 - aderente con tre o più familiari fiscalmente a carico **1,21%**

- **Aliquota comune a tutti gli aderenti per familiari fiscalmente non a carico e per altri familiari a richiesta**
 - per ogni familiare inserito **0,74%**

Le aliquote contributive sopra riportate sono applicate sulla retribuzione considerata imponibile per il Trattamento di Fine Rapporto.

Si evidenzia che:

- le percentuali contributive sopra elencate si applicano su un imponibile massimo di € 63.239,28 per i Quadri Direttivi di 3° e 4° livello e di €90.846,02 per i Dirigenti. Tali limiti, relativi all'anno 2008, sono rivalutati il primo gennaio di ogni anno, secondo la dinamica retributiva prevista dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro;
- per l'aderente con rapporto di lavoro a tempo parziale, la retribuzione imponibile è determinata figurativamente sulla base di quella riferita al corrispondente rapporto di lavoro a tempo pieno;
- per l'aderente assente dal servizio senza trattamento retributivo, l'imponibile è determinato figurativamente sulla base della retribuzione che percepirebbe in servizio.

3. TRATTAMENTO FISCALE

La contribuzione, corrisposta alla "Cassa", ivi comprese le quote relative ai familiari beneficiari indipendentemente dal carico fiscale, non concorre – per l'anno 2008, nel limite complessivo di € **3.615,20** – alla formazione del reddito imponibile.

In conseguenza delle agevolazioni tributarie previste sulla contribuzione, tutte le spese di carattere sanitario rimborsate dalla "Cassa", non formano oggetto di detrazione di imposta. Restano, pertanto, detraibili unicamente gli esborsi non ristorati dalla "Cassa" (quali franchigie, oneri eccedenti i massimali o comunque non rimborsabili).

4. CONVENZIONAMENTI E ASSISTENZA DIRETTA

La "Cassa" attraverso la Società Blue Assistance, incaricata dell'esame e della liquidazione delle richieste di rimborso presentate dagli aderenti, ha realizzato una rete di convenzionamenti, con case di cura, reparti ospedalieri operanti in ambito privatistico, centri polispecialistici, medici, studi odontoiatrici. E' possibile fruire delle previste agevolazioni secondo le disposizioni illustrate **nella sezione dedicata alla "Cassa", sul sito intranet**, di cui al successivo punto 8.

L'elenco delle strutture e dei professionisti è consultabile nel portale alla voce "Strutture e medici".

Si precisa che, in relazione alle variazioni che periodicamente possono interessare l'elenco delle strutture convenzionate, è opportuno verificare sempre preventivamente con Blue Assistance (☎ 011 - 74.17.171) il perdurare del rapporto di convenzionamento.

Al fine di attivare la prevista procedura di pagamento diretto in caso di ricovero è necessario inviare via fax opportunamente compilato e sottoscritto – nei termini previsti – copia del modulo **"Richiesta di pagamento diretto"** disponibile nella sezione del sito dedicata alla modulistica.

5. MODALITA' DI RIMBORSO

Tutte le prestazioni contemplate dall'Appendice n. 1 (il cui testo integrale è disponibile nel sito, di cui al successivo punto 8) - ferma restando l'applicazione dei massimali, limiti, franchigie e scoperti minimi statutariamente previsti - **sono liquidate con le modalità** di seguito schematicamente **indicate**:

- **per le spese relative a ricoveri - anche in regime di day-hospital - con intervento chirurgico nonché ad interventi chirurgici ambulatoriali entrambi effettuati in forma totalmente convenzionata (strutture sanitarie ed equipe medica convenzionati) è prevista, in sede di esame della richiesta di indennizzo, l'erogazione del 100% dell'importo spettante;**
- **per le spese relative a ricoveri, anche in regime di day-hospital, ed interventi chirurgici ambulatoriali non rispondenti ai requisiti descritti all'alinea precedente è prevista, in sede di esame della documentazione di spesa, l'erogazione del 75% dell'importo spettante;**
- **spese extraospedaliere – in sede di esame della richiesta di rimborso – è disposta l'erogazione dell'80% della somma spettante, con un massimo non superiore all'80% dei massimali e limiti stabiliti per le specifiche prestazioni;**

- **eventuale erogazione della quota differita non immediatamente erogata entro il 30 giugno dell'anno successivo** a seguito dell'approvazione del bilancio e **previa accertamento delle effettive disponibilità** sulla base del risultato di esercizio e dell'utilizzo aggiuntivo – nel caso di incapienza – di una quota non superiore al 10% del patrimonio della specifica gestione, al netto degli accantonamenti deliberati dagli Organi Collegiali.

La quota residua, per il singolo evento ricovero (art. 3), non può comunque superare €7.800 e, pertanto, l'eventuale eccedenza è immediatamente erogata.

Sono **escluse** dalle modalità di liquidazione sopra definite **le spese riferite a:**

- **Grandi Eventi Patologici** (Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Malattie);
- **ticket sanitari;**
- **indennità giornaliera e connessi oneri rimborsabili.**

Tali prestazioni restano pertanto erogabili, nei limiti previsti, in via immediata e senza applicazione di franchigie, scoperti minimi, né quote differite.

La quota differita nonché gli importi riferiti a franchigie, scoperti, superamento di limiti e massimali sono, ove previsti e per gli eventi per cui è stato autorizzato pagamento diretto, addebitati – previa autorizzazione sottoscritta dall'assistito sul modulo di attivazione della procedura di pagamento diretto – **sul conto corrente di appoggio delle competenze.**

Si precisa per completezza che, **ai fini dell'utilizzo e dell'eventuale saturazione dei massimali e limiti previsti** per nucleo familiare, è **computata sia la quota immediatamente erogata sia quella differita subordinata alle risultanze di bilancio.**

L'eventuale mancata erogazione (in tutto o in parte) della quota residua non comporta ricalcoli sulle liquidazioni operate nell'anno di competenza.

6. INOLTRO DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO

La gestione amministrativa delle richieste di rimborso, anche al fine della tutela della riservatezza dei dati, è affidata a **Blue Assistance S.p.A.**

L'indicata società cura la verifica della documentazione giustificativa delle spese sanitarie sostenute e determina l'importo liquidabile a ciascun aderente, in applicazione dei criteri fissati nell'Appendice n. 1 allo Statuto.

Le richieste di rimborso relative alle prestazioni sanitarie effettuate, vanno inoltrate dagli aderenti al service esterno utilizzando gli appositi moduli (mod. 094923) ed la specifica busta con codice a barre (mod. IM00MOVR000050 ex 400190) sul retro della quale occorre riportare la società di appartenenza o di provenienza (*Cassa di Risparmio di Venezia S.p.A.; Cassa di Risparmio in Bologna S.p.A. e Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia S.p.A.*).

Tale busta deve contenere, oltre ai moduli di richiesta di rimborso opportunamente compilati e sottoscritti dall'aderente e dall'eventuale familiare beneficiario, anche i relativi **giustificativi di spesa in originale e la documentazione medica prevista dalla normativa statutaria. Deve essere utilizzata una sola busta per più richieste di rimborso relative ai componenti dello stesso nucleo familiare beneficiario. Le buste vanno trasmesse sigillate** al service estero, **Blue Assistance attraverso i canali di posta interna.**

L'aderente deve separare dalla busta e **trattenere il relativo tagliando con l'indicazione del numero necessario per verificarne l'avvenuta ricezione. Trascorsi almeno 20 giorni dalla trasmissione all'ufficio del Personale, può accertare l'avvenuto pervenimento della busta utilizzando la specifica funzione di ricerca attiva nella sezione del portale, di cui al successivo punto 8.**

La mancanza del numero identificativo della busta non consente di effettuare alcuna verifica.

In argomento si precisa che:

- deve essere compilato un modulo di richiesta per ogni assistito e per ogni evento patologico, ad eccezione dei ticket che possono essere raggruppati, se riferiti allo stesso beneficiario, in un'unica richiesta, indipendentemente dalla patologia; deve invece essere **utilizzata un'unica busta** per ciascun inoltro relativo, quindi, a rimborsi riferibili a tutti i componenti del medesimo nucleo ed alle relative differenti patologie;
- **le spese sanitarie sostenute possono essere inoltrate per il rimborso allorquando raggiungano almeno l'importo di € 30**, anche sommando diverse richieste riferite allo stesso nucleo familiare contenute nella medesima busta; le richieste di importo inferiore devono essere **inviate a partire dal mese di ottobre** dell'anno cui si riferiscono i giustificativi di spesa;
- i termini di trasmissione a Blue Assistance delle richieste di rimborso sono i seguenti:
 - i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza presentati entro il termine di pervenimento del 31 dicembre del medesimo anno sono liquidati a valere sui massimali dell'anno di competenza con applicazione della normativa in allora vigente;
 - i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza presentati successivamente al predetto termine di pervenimento del 31 dicembre ed entro il 31 marzo dell'anno successivo sono liquidati – per la quota di disponibilità residuale a concorrenza del massimo, dell'80% dei massimali dell'anno di competenza – a valere sul computo e nell'ambito dei massimali dell'anno successivo con le modalità di cui all'art. 14 dell'Appendice 1;
 - i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza respinti in quanto irregolari sono ammessi alla liquidazione ad avvenuto perfezionamento se pervenuti entro il termine ultimo di pervenimento del 30 giugno dell'anno successivo e con le medesime modalità previste dagli alinea precedenti;

- la documentazione che perviene oltre il termine del 31 marzo dell'anno successivo (ovvero del 30 giugno, nel caso di ripresentazione di pratiche respinte) a quello cui si riferiscono i giustificativi di spesa, non dà luogo a rimborsi;
- i rimborsi sono riconosciuti direttamente sul conto corrente di accredito delle competenze mensili intestato all'aderente e la documentazione è restituita in apposito plico, unitamente al prospetto di liquidazione redatto da Blue Assistance S.p.A.;

le prestazioni sono erogate al netto di quanto rimborsato ovvero anticipato da parte di terzi (ad es. Servizio Sanitario Nazionale, Compagnie di assicurazione, Fondi previdenziali ecc.). Pertanto l'aderente è tenuto a fornire tempestiva e formale comunicazione alla "Cassa" di quanto percepito a titolo di rimborso o di anticipo, al fine di consentire gli opportuni compensi.

7. RIENTRO SANITARIO ORGANIZZATO DALL'ESTERO

La "Cassa" ha stipulato con la Società Reale Mutua di Assicurazioni specifica copertura assicurativa nei confronti di tutti i beneficiari delle proprie prestazioni, finalizzata a favorire il rientro sanitario urgente da Paesi ove non siano garantite sufficienti condizioni di assistenza.

La copertura assicurativa in discorso opera nei confronti di tutti i beneficiari delle prestazioni della "Cassa" colpiti da malattia e/o da infortunio, originatisi in viaggio, tali da rendere necessario, a giudizio dei medici di Blue Assistance S.p.A. - Centrale Operativa di Reale Mutua - il trasporto dell'assistito in una struttura sanitaria idonea od alla sua residenza.

Nell'evidenziare che la copertura in oggetto non deve essere attivata laddove i beneficiari già fruiscano di analoghe prestazioni, si rimanda per ogni ulteriore dettaglio alla lettera circolare prot. n. 92 dell'8 febbraio 2006, disponibile nel sito, sezione "Circolari".

Per eventuali informazioni e per le evenienze del caso deve essere contattata Blue Assistance ai seguenti recapiti:

-	telefono	dall'Italia:	800 092092
		dall'estero:	0039 011 7425555
-	fax:		011 7425588

8. SITO INTRANET

Le informazioni relative alla "Cassa", con specifico riguardo a Statuto, circolari, elenco delle strutture convenzionate, **modulistica ed in particolare la "richiesta di pagamento diretto da parte di Blue Assistance"** sono reperibili nella specifica sezione del portale *intranet* di Intesa Sanpaolo all'indirizzo:

<http://intranet.intesasanpaolo.com/ExtTopLev.aspx?SECTION=1079>

Si segnala in particolare che, nella sezione dei **“Dati Personali”**, alla voce **“Nucleo beneficiario”** ciascun aderente in servizio ha la possibilità di visualizzare la composizione del proprio nucleo familiare reso beneficiario e stampare la relativa dichiarazione attestante la sussistenza delle coperture medesime. La dichiarazione è utile in tutte le occasioni in cui sia necessario comprovare il diritto a fruire delle prestazioni sanitarie (viaggi all'estero, fruizione di condizioni agevolate presso le strutture convenzionate, ecc...).

Inoltre è possibile visualizzare e stampare i dati relativi ai propri flussi periodici di rimborso, completi degli estremi degli inerenti documenti di spesa, suddivisi per valuta di pagamento e per beneficiario (**“Rimborsi in corso”**) e, per tutto il nucleo beneficiario, il riepilogo annuale dei rimborsi utile in occasione delle scadenze fiscali (**“Riepiloghi annuali”**).

9. CALL CENTER

Per informazioni sulle modalità di utilizzo delle prestazioni, sulla tempistica delle liquidazioni e sulle modalità delle liquidazioni effettuate, è possibile rivolgersi a Blue Assistance che svolge un servizio di **consulenza telefonica dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 18:**

BLUE ASSISTANCE S.p.A.
Corso Svizzera, 185 – 10149 Torino
tel. 011.74.17.171
fax 011.74.17.853

Blue Assistance svolge, inoltre, un servizio di consulenza medica agli assistiti 24 ore su 24, in ogni giorno dell'anno.

Unicamente per richieste di informazioni relative agli apporti contributivi ed ai soggetti beneficiari delle prestazioni può essere contattata la Segreteria Operativa della "Cassa": ☎ 011 5558024, -8025, -8026, -8027).

10. INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N. 196

Nel rispetto della disciplina di legge in tema di privacy, si fornisce informativa sull'uso dei dati personali dell'aderente e dei relativi familiari resi beneficiari delle prestazioni, nonché dei diritti previsti dal d. lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali, di seguito per brevità "Codice").

La "Cassa" in qualità di "Titolare" del trattamento, è in possesso di dati personali che riguardano l'aderente ed eventuali familiari beneficiari, dati di norma direttamente forniti dall'interessato o provenienti da Intesa Sanpaolo S.p.A. o dalle altre società del Gruppo.

Tutti i dati personali formano oggetto di trattamento nel rispetto delle previsioni di legge e di Statuto a tutela dei dati inerenti a ciascun beneficiario - al fine di consentire l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria complementare di quelle fornite dal Servizio Sanitario Nazionale, con:

1. rimborsi operati in via diretta da parte della "Cassa" medesima per il tramite di entità esterne opportunamente individuate;
2. rimborsi operati, in tutto od in parte, per il tramite di polizze di assistenza sanitaria di cui la "Cassa" è contraente.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità statutarie e, comunque, in modo da garantirne la sicurezza e sempre nel rispetto delle previsioni dell'art. 11 del d. lgs. n. 196/2003.

Per realizzare quanto sopra previsto nell'ambito degli scopi statutari, nonché di quelli ad essi connessi e strumentali, la "Cassa" può comunicare i predetti dati personali a soggetti esterni (es.

Compagnie di assicurazione, rispettivi datori di lavoro di aderenti ed aderenti, ecc) che svolgono funzione di “Responsabile” del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti “Titolari” del trattamento. All’esclusivo fine di gestione amministrativa e fiscale di dati del Personale dipendente, la “Cassa” comunica i dati anagrafici relativi ai beneficiari delle prestazioni ai competenti uffici di Intesa Sanpaolo S.p.A. (Amministrazione del Personale).

L’elenco dei soggetti esterni ai quali la “Cassa” può comunicare i dati personali è costantemente aggiornato e può essere agevolmente e gratuitamente consultato, a richiesta, presso la Segreteria Operativa della “Cassa” medesima.

I dati personali sono conseguentemente conosciuti dagli incaricati, addetti pro tempore alla “Cassa”.

Premesso che il conferimento dei dati personali dell’aderente è obbligatorio e che quindi il relativo trattamento non necessita di espresso consenso, avuto riguardo al conferimento dei dati personali relativi ai familiari resi beneficiari si informa che, in assenza di espresso consenso al trattamento, risulta oggettivamente impossibile per la “Cassa” dar corso ai necessari adempimenti per l’erogazione delle prestazioni statutariamente previste.

Le pratiche presentate dagli aderenti, contenenti anche dati sensibili, sono esaminate, a fini di tutela della riservatezza di ciascun beneficiario, da società esterne espressamente incaricate della liquidazione delle prestazioni dovute; tali incarichi sono attualmente espletati da Blue Assistance S.p.A. (Corso Svizzera, 185 – Torino) e da Società Reale Mutua di Assicurazioni (Via Corte d’Appello 11 – Torino) entità nominate dalla “Cassa” «Responsabili» dei rispettivi trattamenti. L’eventuale affidamento degli incarichi ad altre società sarà reso noto a mezzo apposite comunicazioni diffuse agli aderenti.

Può altresì accadere che la “Cassa”, ai sensi di Statuto, faccia compiere da soggetti esterni accertamenti anche di natura medica, onde verificare la fondatezza e la regolarità delle richieste di prestazioni, nel rispetto della riservatezza di ciascun aderente. Inoltre la “Cassa”, nell’esercizio delle proprie attività (ad esempio consulenza), può venire a conoscenza anche di dati idonei a rilevare lo stato di salute. Tali dati possono essere comunicati a consulenti esterni per le valutazioni del caso ovvero alla stessa Blue Assistance per il trattamento necessario alla definizione dell’inerente pratica di rimborso.

Con riferimento a quanto sopra esposto sono richiesti all’aderente specifici consensi al trattamento e alla comunicazione dei propri dati anche sensibili ed eventualmente di quelli dei soggetti resi beneficiari delle prestazioni.

Si informa, infine, che l’art. 7 del “Codice” conferisce agli interessati la possibilità di esercitare specifici diritti. Tra l’altro, l’interessato può ottenere dal “Titolare” del trattamento:

- la conferma circa l’esistenza o meno di dati che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e che tali dati vengano messi a sua disposizione in forma intelligibile;
- di conoscere l’origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento;
- la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l’aggiornamento, la rettificazione o l’integrazione dei dati.

Tutte le informazioni inerenti al diritto di accesso possono essere richieste a: Cassa di Assistenza Sanpaolo Imi presso Segreteria Operativa, Corso Turati, 12 – 10128 TORINO.

MODULISTICA

!!! ATTENZIONE !!!

**DA RESTITUIRE URGENTEMENTE ANCHE QUALORA NON SI INTENDA
ESTENDERE LE PRESTAZIONI DELLA SANITARIE AI FAMILIARI**

LA MODULISTICA UTILE ALLA CONFERMA DELL'ADESIONE E ALL'ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI
VA RESTITUITA, ANCHE IN ASSENZA DI NUCLEO, ALL'**UFFICIO DEL PERSONALE DELLA BANCA DI
APPARTENENZA:**



Cassa di Risparmio in Bologna S.p.A.
Ufficio del Personale e Organizzazione
Via Farini, 22 – 40124 - BOLOGNA



Cassa dei Risparmi di Forlì e della Romagna S.p.A.
Ufficio del Personale e Organizzazione
Corso della Repubblica, 14 – 47100 FORLÌ



Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia S.p.A.
Ufficio del Personale e Organizzazione
Via del Monte 1 – 33100 UDINE



Cassa di Risparmio di Venezia S.p.A.
Ufficio del Personale e Organizzazione
Via Torino, 164 – 30172 MESTRE VENEZIA



Cassa di Risparmio di Veneto S.p.A.
Ufficio del Personale e Organizzazione
Via Eremitani, 22-pal. Foscarini - 35121 PADOVA