



ISCRITTI

- Dipendenti, esodati e Pensionati (con i relativi familiari) già iscritti al 31/12/2010 alla Cassa Intesa e alla Cassa Sanpaolo
- Neo assunti con contratto a tempo indeterminato o di apprendistato professionalizzante con CCNL 8/12/2007 o delle Società del Gruppo con CCNL di altro Settore
- Familiari fiscalmente a carico (coniuge, figli, altri familiari fiscalmente a carico fino a 80 anni di età)
- Familiari fiscalmente non a carico (coniuge, coniuge di fatto, figli, genitori conviventi fino a 80 anni di età)

CONTRIBUZIONE

La contribuzione **a carico dell'iscritto** è calcolata sulla retribuzione imponibile Inps

Beneficiari	Contribuzione dell'iscritto per se stesso	Con familiari a carico		Con familiari NON a carico
		Contribuzione aggiuntiva per ogni componente	Tetto massimo di contribuzione (indipendentemente dal numero dei componenti)	Contribuzione aggiuntiva per ogni componente
Tutto il personale in servizio nel gruppo ed esodati	1% su imponibile Inps	+ 0,10%	1,30	0,90%
Personale in quiescenza	3% su pensione AGO	+ 0,10%	1,30	0,90%

- l'ammontare delle contribuzioni è decurtato del maggior onere contributivo relativo alla quota per sé a carico del dipendente iscritto alla cassa intesa e/o Cassa Sanpaolo
- **Part time:** la contribuzione è determinata in rapporto al corrispondente lavoro a tempo pieno.



Quota aziendale a carico di IntesaSanpaolo: è fissa e disposta dagli accordi aziendali. Attualmente è pari a € 900,00 con rivalutazione Istat annuale

PRESTAZIONI OSPEDALIERE – principi generali

Ricovero in Istituto di Cura per infortunio/malattia (con o senza intervento chirurgico), di intervento chirurgico ambulatoriale, parto (cesareo o fisiologico), aborto.

Spese per onorari chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria o per materiale di intervento.

Spese per rette di degenza, nonché 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.

Spese per 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 si ricovero nell'ambito del SSN).

Spese per l'assistenza al neonato durante la degenza.

Prestazioni ospedaliere - massimali

MASSIMALE annuo per nucleo familiare pari a € 150.000, raddoppiabile a 300.000 nel caso di grandi interventi chirurgici.

In caso di intervento ambulatoriale franchigia del 20% per evento;

In caso parto cesareo o aborto € 7.800 per evento;

In caso di parto non cesareo € 3.500 per evento.

Franchigia € 500 in caso di ricovero senza intervento chirurgico (escluso il parto, dialisi, diabete) di durata inferiore a 5 giorni (4 notti).

- Spese per vitto-pernottamento in Istituto di Cura per un accompagnatore dell'assistito, con il limite giornaliero di € 100 e con un massimo per evento di 30 gg/anno.
- Spese per trasporto dell'assistito in Ospedale o Casa di Cura (sia in Italia che all'estero) fino ad un massimo di € 1.500 per anno e nucleo familiare.
- Spese per assistenza infermieristica domiciliare nei 90 gg. precedenti e successivi al ricovero (120 gg per interventi presso SSN), fino alla concorrenza dell'importo di € 60 giornalieri e per un max. per evento di 90 gg. (raddoppiabile in caso di Grandi Eventi Patologici)



In caso di ricovero, anche in day hospital, che non comporti effettuazione di rimborsi da parte della "Cassa", è corrisposta all'iscritto un'indennità di € 90 per ogni giorno intero di durata del ricovero, fino ad un massimo di 90 gg./anno. In caso di parto non cesareo l'indennità prevista è erogata per un importo minimo di 500 euro, compete al neonato solo quando la permanenza dello stesso è dovuta a malattia.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE



Alta diagnostica

Tipologia	Massimale annuo per nucleo familiare	Franchigia
Angiografia, Chemioterapia, Dialisi, Doppler-Ecodoppler, Elettroencefalogramma, Diagnostica endoscopica, Holter, Mielografia, MOC, Radioterapia, Amniocentesi, Risonanza Magnetica Nucleare, Scintigrafia, TAC, Terapia Interferonica.	€15.000 € 30.000 in caso di grandi eventi patologici	20% (escluse le spese di dialisi) se prestazioni erogate presso centro convenzionati prevista quota fissa di 50 euro

Prestazioni specialistiche

Tipologia	Massimale annuo per nucleo familiare	Franchigia
Prestazioni specialistiche ambulatoriali e domiciliari	€ 3.000 per l'anno 2011 3.500 per l'anno 2012 4.000 per l'anno 2013	30% Se erogati da medici e centri convenzionati prevista quota fissa di 20 euro per visita, e 35 euro per diagnostica
Di cui per trattamenti fisioterapici e rieducativi	€ 800	
Protesi auditive	€ 2.000	Nessuna franchigia

Mezzi correttivi oculistici	€ 450	30% (min. € 52)
Interventi correttivi dei difetti visivi	€1.500	20%
Cure dentarie (non dovute a infortunio) Spese per ablazione tartaro e visita di controllo fuori dal plafond di cui sopra 1 volta per anno per persona	€ 1.500 €75	30% ===
Protesi e apparecchi resi necessari da perdite o menomazioni invalidanti	€ 3.000	Nessuna franchigia
Cure per disintossicazioni	€ 1.500	30%
Interventi psicoterapeutici o psicoanalitici anche comportanti ricovero in Istituto di Cura	€ 1.500	30% (min. € 25 a visita)
Cure omeopatiche (esclusi medicinali), visite specialistiche e accertamenti solo se effettuate da medici	Non rimborsabili	
Ticket (escluso farmaci)	Nessun massimale	Nessuna franchigia

CONVENZIONI DIRETTE E PREVIMEDICAL

Sono mantenuti i canali preesistenti nelle precedenti casse per le convenzioni:
convenzioni dirette (ex Cassa Intesa)
convenzioni Previmedical

Nella prospettiva di realizzare un unico regime, il Consiglio di Amministrazione costituirà una Commissione ad hoc con l'intento di massimizzarne l'economicità della gestione, intervenendo sulle reti convenzionali in essere.



MODALITÀ DI RIMBORSO

Le spese, decurtate dalle franchigie, sono liquidate per l'80% a seguito della richiesta e per il 20% a seguito dell'approvazione del bilancio e sulla base del risultato d'esercizio.
I tickets vengono rimborsati subito al 100% .

Le richieste di rimborso possono essere inoltrate ogni qualvolta il totale sia di almeno € 100, in caso contrario l'invio può essere effettuato dal mese di ottobre.

In caso di risultato di esercizio positivo, la quota residua non rimborsata immediatamente viene erogata entro il 30 giugno dell'anno successivo alla gestione di pertinenza.

Ove non consegua l'integrale liquidazione della quota residua, il rimborso avviene -in misura proporzionale- con eventuale utilizzo di una porzione (non superiore al 10%) del patrimonio della gestione di pertinenza, esistente al 1° gennaio dell'anno considerato, con priorità per le spese sostenute dagli iscritti portatori di handicap in situazione di gravità accertata ai sensi della Legge 104/1992.

Torino, 7 ottobre 2010

Fabi Segreteria di Gruppo IntesaSanpaolo