

STATUTO

CASSA DI ASSISTENZA SANPAOLO IMI

4 dicembre 2008

aggiornato con le modifiche introdotte sino al 21 gennaio 2010

v5

TITOLO I

- COSTITUZIONE

- VICENDE

- SCOPO

- SEDE

- DURATA

Articolo 1

(modificato con intese collettive del 9 aprile 2009, 21 gennaio 2010)

Con decorrenza 1° gennaio 1993, in adempimento delle intese collettive 21 maggio 1992 (e loro successive modificazioni ed integrazioni) è costituita la "Cassa di assistenza Sanpaolo", cui è iscritto il Personale, dipendente dalle entità derivanti, direttamente o indirettamente, ai sensi della legge 30 luglio 1990 n. 218, dall'Istituto Bancario San Paolo di Torino, istituto di diritto pubblico.

Le entità richiamate al comma che precede sono di seguito unitariamente denominate "Sanpaolo".

Dal 1° novembre 1998 la "Cassa di assistenza Sanpaolo" assume la denominazione di "Cassa di assistenza Sanpaolo Imi" (di seguito, per brevità, "Cassa").

Dal 1° gennaio 2009 della "Cassa" è altresì destinatario il Personale dipendente da Intesa Sanpaolo S.p.A., in prosieguo indicata quale "Banca", e dalle società controllate dalla medesima, secondo le previsioni di cui ai successivi articoli.

Dal 1° aprile 2009 della "Cassa" è altresì destinatario il Personale dipendente da Intesa Sanpaolo Group Services Scpa (di seguito, per brevità, "Consortio") secondo le previsioni di cui ai successivi articoli.

Dal 1° gennaio 2010 della "Cassa" è altresì destinatario il Personale assunto da Banca Prossima S.p.A. a decorrere dalla medesima data secondo le previsioni di cui ai successivi articoli.

Articolo 2

La "Cassa", priva di fini di lucro, ha scopo esclusivamente assistenziale ed è preposta ad erogare agli iscritti, agli aderenti ed ai rispettivi familiari prestazioni integrative 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 si renda contraente.

Articolo 3

La "Cassa" ha sede in Torino, Piazza San Carlo n. 156, presso la sede sociale della "Banca".

La durata della "Cassa" è illimitata.

TITOLO II

- ISCRIZIONE
- BENEFICIARI
- RECESSO

Articolo 4

(modificato con intese collettive del 9 aprile 2009, 21 gennaio 2010)

Alla "Cassa" sono iscritti i componenti del Personale del "Sanpaolo" con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio alla data del 1° gennaio 1993 e di successiva assunzione e, dal 1° gennaio 2007, i dipendenti con contratto di apprendistato professionalizzante a decorrere dal 1° gennaio del terzo anno solare successivo all'assunzione.

Possono essere altresì iscritti - su richiesta da formularsi al momento dell'assunzione e comunque entro la fine del quarto mese successivo all'assunzione medesima - i componenti del Personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o di apprendistato professionalizzante, assunti a decorrere dal 1° gennaio 2009 dalla "Banca", dal 1° aprile 2009, dal "Consorzio" e dal 1° gennaio 2010 da Banca Prossima S.p.A..

I soggetti di cui al comma I e II, destinatari delle prestazioni indicate nell'Appendice 1 che abbiano assolto all'obbligo contributivo per almeno cinque anni, possono mantenere l'iscrizione alla "Cassa" ove cessino dal rapporto di lavoro con diritto a trattamento pensionistico. L'iscrizione è mantenibile, dietro analoga istanza, anche da parte dei familiari degli iscritti deceduti, se destinatari di un trattamento pensionistico di reversibilità.

L'obbligo contributivo minimo contemplato dal comma precedente è derogato in caso di cessazione del rapporto di lavoro dell'iscritto con diritto a trattamento pensionistico A.G.O. di inabilità. La deroga si estende ai familiari beneficiari destinatari di trattamento di reversibilità.

Ai fini e per gli effetti delle previsioni del comma III, deve essere avanzata richiesta entro trenta giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro ovvero dalla data di decesso dell'iscritto.

L'adesione prevista al comma III può essere revocata con effetto dal 1° gennaio del quinto anno successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, con istanza formalizzata alla "Cassa" entro il precedente 31 dicembre.

In adempimento alle intese collettive del 1° ottobre 1997, aderisce altresì alla "Cassa", a far tempo dal 1° gennaio 1998, il Personale in servizio alla medesima data o assunto successivamente, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, delle società con sede in Italia controllate direttamente in senso civilistico - separatamente o congiuntamente - dal "Sanpaolo" e dalla "Banca" che applicano il C.C.N.L. del credito o assimilabile (assicurativo), - di seguito denominate "Partecipate" .

L'adesione di cui al comma precedente opera unicamente per effetto di intese collettive o di disposizioni regolamentari stabilite nell'ambito di ogni singola "Partecipata".

Il Personale già dipendente dei soggetti di cui all'art. 1 il cui rapporto di lavoro è trasferito senza soluzione di continuità, per effetto di cessione di rami aziendali, ad altra impresa può mantenere l'iscrizione alla "Cassa" con le modalità e nei termini stabiliti dalle specifiche intese collettive di volta in volta raggiunte in materia.

Il Personale iscritto o aderente il cui rapporto di lavoro è trasferito senza soluzione di

continuità per effetto di cessione individuale di contratto alle entità e alle Società di cui agli artt. 1 e 4 comma VII può mantenere l'iscrizione e/o l'adesione alla "Cassa".

In caso di prosecuzione dell'iscrizione/adesione al Personale indicato ai precedenti commi IX e X trova applicazione la complessiva normativa statutaria prevista presso la società cedente ove non espressamente derogata.

La contribuzione contemplata dagli artt. 10, 11 e 13 è corrisposta dai soggetti di cui al comma IX, nei termini fissati dall'art. 16, ferma restando l'eventuale ripartizione degli oneri nella misura e con le modalità fissate dalle intese collettive di cui al comma IX medesimo.

Le prestazioni della "Cassa" sono attribuite ai soggetti di cui al comma IX ad esclusiva integrazione delle eventuali coperture di assistenza sanitaria integrativa fruibili presso l'azienda cessionaria.

La cessazione del rapporto di lavoro, dei soggetti di cui al comma IX con l'impresa cessionaria, per qualsiasi causa diversa dal pensionamento, comporta l'immediato venir meno, ad ogni effetto, dell'iscrizione alla "Cassa".

Non sono, in nessun caso, ammesse soluzioni di continuità nell'iscrizione alla "Cassa".

Articolo 5

Beneficiano delle prestazioni della "Cassa" previste all'Appendice 1, l'iscritto, il coniuge, ed i figli di età non superiore a 26 anni (anche se adottati o in affidamento preadottivo) ove ne siano fiscalmente a carico.

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. Con esclusivo riguardo ai figli di cui al precedente comma I è sufficiente che ricorra il solo requisito di reddito.

E' altresì facoltà dell'iscritto rendere fruitori delle prestazioni della "Cassa" i seguenti altri familiari:

- coniuge fiscalmente non a carico, in assenza di separazione legale;
- coniuge di fatto, risultante dallo stato di famiglia;
- figli, anche se adottati od in affidamento preadottivo, fiscalmente non a carico, purché conviventi con uno dei genitori;
- figli conviventi, anche se adottati od in affidamento preadottivo, del coniuge non legalmente separato o di fatto;
- genitori, purché conviventi e di età non superiore ai 75 anni;

- altri familiari (parenti in linea retta o collaterale - nonni, nipoti ex filio, fratelli) conviventi e fiscalmente a carico, di età non superiore ai 75 anni, nonché figli di età superiore a 26 anni, anche adottati od in affidamento preadottivo, fiscalmente a carico e conviventi con uno dei genitori.

La facoltà contemplata dal comma III è esclusivamente esercitabile nei riguardi della totalità dei familiari ivi elencati risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto ed è subordinata all'avvenuta estensione delle prestazioni della "Cassa" ai familiari di cui al comma I, con l'eventuale esclusione – a richiesta – dei beneficiari dei commi I e III medesimi fruitori di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa.

La disciplina stabilita dal comma che precede è derogata in favore del coniuge. E' altresì derogata nel caso di mutamento del carico fiscale del familiare beneficiario, fatto comunque salvo il principio di continuità.

Per gli iscritti legati da vincolo matrimoniale, legale o di fatto, la condizione fissata dal comma IV è assolta con riferimento alla posizione di entrambi i coniugi.

Laddove sia previsto il requisito della convivenza, la facoltà di estensione di cui al comma III ha efficacia trascorso 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 che comprovi la sussistenza della convivenza per l'intero anno precedente.

Sempre nel rispetto del principio di continuità, le facoltà previste dai commi I e III limitatamente a coniuge, coniuge di fatto e figli, sono esercitabili da parte dell'iscritto entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo a quello in cui il matrimonio è contratto, il coniuge cessa di essere o diventa fiscalmente a carico, il coniuge di fatto unitamente agli eventuali figli del medesimo sono inseriti nello stato di famiglia, il figlio è nato, ovvero adottato o in affidamento preadottivo, o cessa di essere o diventa fiscalmente a carico, ovvero, restando fiscalmente a carico, compie i 26 anni di età.

Le facoltà indicate ai commi I e III possono essere esercitate entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo a quello di inizio del rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Decorsi i termini di cui ai commi VII, VIII e IX, l'iscritto può esercitare le facoltà previste dai commi I e III in qualsiasi momento successivo, con pagamento della contribuzione dal mese di pervenimento della richiesta di inserimento del familiare e con l'avviso che la fruizione delle relative prestazioni decorre trascorso un intero anno da tale data.

Beneficia delle prestazioni per il caso di perdita dell'autosufficienza il solo iscritto, nei limiti previsti all'art. 18 comma II, con esclusione della facoltà di estensione ai familiari.

Articolo 6

Fruiscono delle specifiche prestazioni della "Cassa" ad essi riservate gli aderenti di cui all'art. 4, comma VII, che possono rendere beneficiari i familiari, fiscalmente a carico e non, purché conviventi e di età non superiore a 75 anni.

Articolo 7

Fruiscono altresì delle specifiche prestazioni della "Cassa" ad essi riservate - Appendice 2 - gli iscritti di cui all'art. 4, comma III, i quali sono facoltizzati a rendere beneficiari, a richiesta:

- il coniuge (purché non legalmente separato); il coniuge di fatto ed i genitori purché risultanti dallo stato di famiglia;
- i figli, anche se adottati o in affidamento preadottivo, purché conviventi con uno dei genitori;
- i figli conviventi, anche se adottati o in affidamento preadottivo, del coniuge non legalmente separato o di fatto;
- gli altri familiari (fratelli) purché conviventi e fiscalmente a carico dell'iscritto.

La richiesta di estensione delle prestazioni in favore del coniuge e dei familiari di cui al comma che precede deve essere formulata contestualmente a quella indicata all'art. 4, comma III, fatta eccezione per i seguenti casi:

- matrimonio o convivenza con coniuge di fatto avvenuti successivamente, nascita di figlio: la richiesta deve essere formulata entro l'ultimo giorno del quarto mese successivo all'evento;
- mutamento della composizione del nucleo familiare relativamente ai carichi fiscali: la richiesta deve essere inoltrata al perfezionarsi del requisito del carico fiscale, con decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello di maturazione del diritto a fruire dei benefici fiscali;
- successivo verificarsi del requisito della convivenza: l'estensione di cui al comma I ha efficacia trascorso 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 che comprovi la sussistenza della convivenza per l'intero anno precedente.

La facoltà contemplata dal comma I è esclusivamente esercitabile nei riguardi della totalità dei familiari ivi elencati - che non siano autonomamente titolari o beneficiari di analoga copertura di assistenza sanitaria integrativa - risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto.

La disciplina stabilita nel comma che precede è derogata in favore del coniuge e dei figli fiscalmente non a carico, fermo restando che la facoltà di rendere beneficiari questi ultimi è comunque subordinata all'avvenuta estensione delle prestazioni della "Cassa" alla totalità dei familiari di cui al comma I. E' altresì derogata nel caso di mutamento del carico fiscale del familiare beneficiario.

La richiesta di estensione contemplata dal comma I prescinde dalla situazione in essere precedentemente al pensionamento, fatto comunque salvo il principio di continuità.

Decorsi i termini di cui al comma II, l'iscritto può esercitare le facoltà previste dal comma I in qualsiasi momento successivo, con pagamento della contribuzione dal mese di pervenimento della richiesta di inserimento del familiare e con l'avviso che la fruizione delle relative prestazioni decorre trascorso un intero anno da tale data.

Articolo 8

All'iscritto è fatto obbligo di segnalare tempestivamente alla "Cassa" ogni variazione del proprio stato di famiglia e della situazione dei carichi fiscali.

L'obbligo imposto dal comma che precede è automaticamente assolto con il compimento di analoghe comunicazioni alla "Banca".

L'obbligo di cui al comma I - limitatamente alle variazioni intervenute nello stato di famiglia - è esteso altresì agli aderenti di cui all'art. 4, comma VII, che assolvono tale adempimento per il tramite della "Partecipata".

Articolo 9

La qualifica di iscritto viene meno a seguito di:

- risoluzione del rapporto di lavoro senza diritto a trattamento pensionistico;
- mancato esercizio della facoltà contemplata dall'art. 4, comma III;
- esercizio della facoltà di revoca, ai sensi dell'art. 4, comma VI;
- compimento di gravi irregolarità nei confronti della "Cassa", ascrivibili all'iscritto od ai suoi familiari, e sulla base di inappellabile deliberazione del Consiglio Direttivo, assunta con maggioranza dei due terzi dei Componenti.

I familiari di cui agli artt. 5, commi I e III, e 7, comma I, cessano dalla qualifica di beneficiario delle prestazioni della "Cassa", contestualmente al venir meno dei requisiti, prescritti per le diverse situazioni, di soggetto fiscalmente a carico dell'iscritto stesso, di suo convivente ovvero - limitatamente a genitori e ad altri familiari di cui all'art. 5, comma III, alinea 5 e 6 - al compimento del 75° anno di età.

Per il coniuge la qualifica di beneficiario cessa con l'avvenuto perfezionamento di separazione legale o divorzio.

Per i soggetti di cui all'art. 4, comma VII, la qualifica di aderente viene meno a seguito di:

- perdita dei requisiti di "Partecipata", così come individuati nell'art. 4. In tale ipotesi, la qualifica di aderente di cui al medesimo articolo viene meno con il 31 dicembre dell'anno in cui si verifica l'evento;
- cessazione, per qualsivoglia causa, del rapporto di lavoro con la "Partecipata";
- compimento di gravi irregolarità, ascrivibili all'aderente od ai suoi familiari, rilevate dalla "Cassa" o notificate alla medesima e sulla base di inappellabile deliberazione del Consiglio Direttivo.

I familiari di cui all'art. 6, cessano dalla qualifica di beneficiari delle prestazioni della "Cassa" contestualmente al venir meno del requisito della convivenza con l'aderente ovvero al compimento del 75° anno di età.

TITOLO III

- CONTRIBUZIONE

Articolo 10

La contribuzione a carico del datore di lavoro è corrisposta, in cifra fissa annua per ciascun dipendente iscritto, nella misura tempo per tempo disposta dalle fonti collettive, i cui inerenti accordi divengono parte integrante dell'ordinamento della "Cassa".

Il datore di lavoro è inoltre tenuto al versamento dei seguenti ulteriori apporti contributivi:

- 0,50% della retribuzione imponibile annua per l'Assicurazione Generale Obbligatoria, sino alla concorrenza degli apporti contributivi di cui agli artt. 11, commi I e II e III e 13, tale contribuzione è corrisposta limitatamente agli iscritti il cui rapporto previdenziale di base è intrattenuto con l'Assicurazione Generale Obbligatoria medesima.
- 0,10% della retribuzione imponibile annua per la "Cassa" relativa agli iscritti appartenente alle Aree Professionali e ai Quadri Direttivi di 1° e 2° livello.

L'apporto di cui al comma che precede, alinea I è corrisposto con esclusivo riferimento agli iscritti provenienti da "Sanpaolo".

Gli importi in cifra fissa previsti dal comma I sono annualmente rivalutati con applicazione dell'indice di variazione dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai (indice Istat), riscontrato al 31 dicembre dell'anno precedente.

Articolo 11

Gli iscritti di cui all'art. 4, comma I e II, appartenenti alle Aree Professionali corrispondono un contributo nella misura di seguito indicata, da applicarsi sulla retribuzione imponibile per il Fondo Pensioni del Gruppo Sanpaolo Imi (di seguito, per brevità, "Fondo"), secondo il principio di cassa:

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

Gli iscritti di cui all'art. 4, comma I e II, appartenenti ai Quadri Direttivi di 1° e 2° livello corrispondono un contributo nella misura di seguito indicata, da applicarsi sulla retribuzione imponibile per il "Fondo", secondo il principio di cassa:

- | | |
|---|--------|
| - iscritto singolo | 0,81% |
| - iscritto con un familiare fiscalmente a carico | 0,91% |
| - iscritto con due familiari fiscalmente a carico | 1,01% |
| - iscritto con tre o più familiari fiscalmente a carico | 1,11%. |

Gli iscritti di cui all'art. 4, comma I e II, appartenenti ai Quadri Direttivi di 3° e 4° livello e ai Dirigenti corrispondono un contributo nella misura di seguito indicata, da applicarsi sulla retribuzione imponibile per il "Fondo", con il limite massimo - riferito all'anno 2008 - di € 63.239,28 per i Quadri Direttivi di 3° e 4° livello e di € 90.846,02 per i Dirigenti:

| | |
|---|--------|
| - iscritto singolo | 0,91% |
| - iscritto con un familiare fiscalmente a carico | 1,01% |
| - iscritto con due familiari fiscalmente a carico | 1,11% |
| - iscritto con tre o più familiari fiscalmente a carico | 1,21%. |

L'ammontare degli apporti contributivi indicati ai commi che precedono è decurtato, ove ne sia previsto il riconoscimento, dell'apporto di cui all'art. 10, comma II, alinea 1, in concorrenza proporzionale con le eventuali quote di cui all'art. 13.

Per l'iscritto con rapporto di lavoro a tempo parziale la retribuzione imponibile è determinata in via virtuale sulla base di quella riferita al corrispondente lavoro a tempo pieno.

Il massimale di retribuzione imponibile contemplato dal comma III è rivalutato il primo gennaio di ogni anno in base alla dinamica retributiva prevista dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro applicati alle rispettive categorie.

Articolo 12

Le "Partecipate" e gli aderenti di cui all'art. 4, comma VII, corrispondono gli apporti contributivi annui pari ai premi determinati e ripartiti nella misura e con le modalità previste dalle intese collettive o dai regolamenti stabiliti nelle singole sedi aziendali.

L'apporto contributivo di cui al comma che precede non può essere inferiore a:

| | |
|---|----------|
| - premio per il singolo dipendente | € 568,00 |
| - premio per il dipendente con nucleo familiare | € 723,00 |

Articolo 13

Gli iscritti di cui all'art. 4, comma I e II, che si avvalgano della facoltà contemplata dall'art. 5, comma III, in aggiunta a quanto dovuto ai sensi dell'art. 11, commi I, II e III e con le stesse modalità e base imponibile ivi previste, corrispondono una quota dello 0,74% per ogni familiare, ad esclusione dei figli di età superiore ai 26 anni permanentemente inabili al lavoro.

Articolo 14

Gli iscritti di cui all'art. 4, comma I e II, assenti dal servizio senza trattamento retributivo o con retribuzione ridotta, corrispondono la contribuzione dovuta ai sensi dell'art. 11 e l'eventuale quota dovuta ai sensi dell'art. 13 assumendo quale base imponibile la retribuzione virtuale, che percepirebbe in servizio.

Il contributo contemplato dal comma che precede è addebitato agli iscritti, in coincidenza con ogni scadenza retributiva, sul conto corrente di accredito dello stipendio.

Articolo 15

Gli iscritti di cui all'art. 4, comma III corrispondono gli apporti contributivi annui di seguito indicati con riferimento all'anno 2008:

| | Quadri Direttivi 3° e 4° livello e Dirigenti | Aree Professionali e Quadri Direttivi 1° e 2° livello |
|--|---|--|
| Fino al compimento di 26 anni | | |
| - iscritto o aderente | € 503,28 | € 399,90 |
| - beneficiario a richiesta | € 344,23 | € 262,44 |
| Da 26 anni e fino al compimento dei 55 | | |
| - iscritto o aderente | € 669,15 | € 557,82 |
| - beneficiario a richiesta | € 508,97 | € 422,62 |
| Da 55 anni e fino al compimento dei 65 | | |
| - iscritto o aderente | € 779,35 | € 669,15 |
| - beneficiario a richiesta | € 636,21 | € 549,87 |
| Da 65 e fino al compimento dei 75 | | |
| - iscritto o aderente | € 1.000,89 | € 889,55 |
| - beneficiario a richiesta | € 845,25 | € 719,14 |
| Da 75 anni | | |
| - iscritto o aderente | € 1.111,09 | € 1.000,89 |
| - beneficiario a richiesta | € 931,59 | € 845,25 |

L'età considerata dal comma che precede è rilevata al 1° gennaio di ogni anno.

L'importo della contribuzione per i soggetti beneficiari a richiesta segue la fascia di riferimento relativa alla loro età.

Gli importi indicati al comma I sono rivalutati il primo gennaio di ogni anno – ad iniziare dal 1° gennaio 2009 - con applicazione dell'indice di variazione dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai (indice ISTAT) riscontrato al 31 dicembre dell'anno precedente.

Articolo 16

La contribuzione contemplata dall'art. 10, comma I, è versata il 1° gennaio di ogni anno ovvero contestualmente all'iscrizione dei nuovi iscritti.

La contribuzione fissata dall'art. 10, comma II, alinea 1, è versata il 1° gennaio di ogni anno, calcolata sull'imponibile complessivo dell'anno che precede e conguagliata, a consuntivo, il 31 dicembre dell'anno stesso.

La contribuzione fissata dall'art. 10, comma II, alinea 2, è versata il 1° gennaio di ogni anno e conguagliata a consuntivo il 31 dicembre dell'anno stesso.

Il contributo previsto dall'art. 11, commi I e II e III, e le quote contemplate dall'art. 13 sono trattenute dalla Banca all'atto di ciascuna attribuzione retributiva e contestualmente versate alla "Cassa".

Il contributo contemplato dall'art. 15, è addebitato sul conto corrente dell'iscritto e suddiviso in dodici rate, da imputarsi con valuta il giorno uno di ogni mese.

La contribuzione e le quote dovute dall'iscritto in conseguenza di modificazioni intervenute nel nucleo familiare di cui all'art. 5, comma I e III e all'art. 7 comma I, per effetto dell'esercizio delle facoltà contemplate dall'art. 5, comma VIII, nonché dall'art. 7, comma II, sono dovute dal mese in cui si è verificato l'evento.

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.

In caso di decesso dei soggetti di cui all'art. 4, comma III, nonché dei relativi beneficiari di cui all'art. 7, comma I, ovvero di perdita dei requisiti previsti dal medesimo articolo, il relativo obbligo contributivo viene meno dal mese successivo a quello in cui si è verificato l'evento.

Gli apporti contributivi contemplati dall'art. 12 sono versati al 1° gennaio di ogni anno dalle "Partecipate" che provvedono alla trattenuta delle quote di pertinenza degli aderenti secondo le modalità aziendali stabilite.

La "Cassa" non fa luogo a rimborsi di apporti economici ad essa versati.

Articolo 17

L'iscritto di cui all'art. 4, comma I, titolare di accantonamento individuale derivante da contribuzione ad efficacia differita utilizzano l'accantonamento stesso – a seguito dell'esercizio delle opzioni a tal fine previste dalle intese collettive del 26 ottobre 2000 – a concorrenza degli apporti contributivi di cui agli artt. 11, commi I e II e III, e 13. L'utilizzo dell'accantonamento avviene in via preventiva rispetto alle decurtazioni di cui all'art. 11, comma IV.

Gli iscritti di cui all'art. 4, comma III, titolari di accantonamento individuale derivante da contribuzione ad efficacia differita mantengono il relativo accantonamento al fine esclusivo di sopperire agli oneri previsti dall'art. 15, comma I, relativi al mantenimento dell'iscrizione per sé e per i familiari resi beneficiari.

Per gli accantonamenti contemplati dai commi I e II è mantenuta una separata gestione patrimoniale.

Ulteriori disposizioni inerenti al regime applicato agli accantonamenti previsti dai commi I e II sono riportate all'Appendice n. 3.

TITOLO IV

- PRESTAZIONI

Articolo 18

La "Cassa" - fatta eccezione a quanto previsto al successivo comma III- eroga sino a capienza delle proprie disponibilità, agli iscritti di cui all'art. 4 comma I e II le prestazioni analiticamente indicate nell'Appendice n. 1 e, agli iscritti di cui all'art. 4 comma III, le prestazioni indicate nell'Appendice n. 2 secondo le modalità, le condizioni ed i limiti ivi stabiliti.

In favore degli iscritti provenienti da "Sanpaolo" destinatari delle prestazioni dell'Appendice 1, nei confronti dei quali sia accertata la perdita dell'autosufficienza, sono altresì riconosciute specifiche prestazioni aggiuntive.

La "Cassa" – nei limiti e nei termini previsti dalle fonti collettive, i cui inerenti accordi divengono parte integrante dell'ordinamento della stessa - eroga al Personale proveniente dal Banco di Napoli S.p.A. le prestazioni previste per il tramite di polizze di assistenza sanitaria di cui si renda contraente.

La "Cassa" attribuisce altresì, in favore degli aderenti di cui all'art. 4, comma VII, le prestazioni per il tramite di polizze di assistenza sanitaria di cui si renda contraente, nei limiti e nei termini definiti dalle fonti collettive e nel rispetto dei livelli minimi di assistenza indicati all'Appendice n. 4.

La "Cassa", ad eventuale integrazione delle prestazioni di cui ai commi che precedono, attribuisce ad iscritti ed aderenti – nei limiti e nei termini previsti dalle fonti collettive, i cui inerenti accordi divengono parte integrante dell'ordinamento della stessa – prestazioni indicate da polizze di cui si renda contraente.

Articolo 19

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 iscritto.

Ove siano accertati abusi da parte degli iscritti, questi ultimi sono tenuti al rimborso di quanto percepito, fatto salvo il disposto dell'art. 9, comma I, alinea 4, ed eventuali comunicazioni all'Autorità Giudiziaria.

In funzione della gravità delle irregolarità riscontrate la "Cassa" ha altresì facoltà di sospendere, per un periodo minimo di un intero anno, l'erogazione delle prestazioni all'iscritto ed ai familiari di cui all'art. 5, commi I e III ed all'art. 7, comma I, con mantenimento delle contribuzioni e proporzionando i massimali contemplati dalle Appendici n. 1 e n. 2 alla porzione di anno in cui sono ripristinate le coperture.

In presenza di oneri oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero di rimborso e/o anticipazione a titolo definitivo da parte di terzi, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione alla "Cassa" che riconosce le prestazioni al netto di quanto rimborsato e/o anticipato.

La "Cassa" ha facoltà di ridurre o respingere le richieste di assistenza, in caso di abuso comunque in presenza di prestazioni non rimborsabili a mente degli artt. 16 dell'Appendice 1 e 13 dell'Appendice 2.

In corso d'anno la "Cassa" opera in modo tale da assicurare agli iscritti parità di trattamento nell'attribuzione delle prestazioni.

Le disposizioni di cui ai commi I e IV, si applicano altresì agli aderenti di cui all'art. 4, comma VII ed ai beneficiari delle polizze di cui all'art. 18, secondo le modalità previste nelle polizze stesse.

Ove siano accertati abusi da parte degli aderenti di cui all'art. 4, comma VII, questi ultimi sono tenuti al rimborso di quanto percepito, fatto salvo il disposto dell'art. 9, comma IV, alinea 3, ed eventuali comunicazioni all'Autorità Giudiziaria.

In funzione della gravità delle irregolarità riscontrate la "Cassa" ha altresì facoltà di sospendere, per un periodo minimo di un intero anno, l'erogazione delle prestazioni agli aderenti ed ai familiari di cui all'art. 6, con mantenimento delle contribuzioni e proporzionando i massimali contemplati nell'inerente polizza alla porzione di anno nel quale sono ripristinate le coperture.

L'adozione dei provvedimenti previsti dai commi III e IX e dall'art. 9, comma I, alinea 4, 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 Direttivo, nella prima adunanza utile, procede alla determinazione del provvedimento, anche qualora l'interessato non abbia fatto pervenire giustificazioni.

Articolo 20

Agli iscritti di cui all'art. 4, commi I, e II e III, la "Cassa" liquida le prestazioni con accredito del conto corrente da loro intrattenuto, tramite ordini di pagamento sottoscritti dal Segretario e dal Tesoriere.

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

TITOLO V

- AMMINISTRAZIONE

Articolo 21

Gli Organi della "Cassa" sono:

- il Consiglio Direttivo;
- il Presidente;
- il Collegio dei Sindaci.

Articolo 22

Il Consiglio Direttivo è composto da:

- a) sei componenti designati dalla "Banca"
- b) sette componenti appartenenti agli iscritti in servizio di cui quattro dalle Aree Professionali, due dalla categoria dei Quadri Direttivi e uno dalla categoria dei Dirigenti, eletti dagli iscritti in servizio destinatari delle prestazioni dell'Appendice n. 1.

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

Il loro mandato è rinnovabile.

In abbinamento a ciascuno dei Consiglieri, indicati al comma I, lett. b), è eletto, con le stesse modalità, un supplente.

Qualora durante il triennio vengano a mancare uno o più Consiglieri:

- se trattasi di Consigliere designato dalla "Banca", quest'ultima provvede a sostituirlo;
- se trattasi di Consigliere elettivo subentra il supplente a lui abbinato.

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

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

La funzione di Consigliere svolta dai soggetti di cui al comma I, lett. b), è equiparata ad attività di servizio.

Il cessare del rapporto di lavoro, per causa diversa dal pensionamento, per i soggetti di cui al comma I, lett. b) comporta la contestuale decadenza dalla carica.

Articolo 23

Il Consiglio Direttivo assume ogni deliberazione utile od opportuna circa l'attività e la gestione della "Cassa".

In particolare il Consiglio, a mero titolo indicativo:

- elegge il Presidente ed il Vice Presidente a tenore del successivo art. 24;
- elegge il Segretario, secondo le previsioni del successivo art. 27;
- elegge il Tesoriere, ai sensi del successivo art. 28;
- stabilisce le modalità operative della "Cassa", in attuazione del disposto dell'art. 2;
- delibera, con la maggioranza dei due terzi dei Componenti, l'eventuale utilizzo della porzione di patrimonio necessaria a far fronte alla liquidazione, proporzionale o integrale, delle quote residue dei rimborsi non immediatamente erogate ad implementazione della porzione del patrimonio stesso individuata negli artt. 14 Appendice 1 e 11 Appendice 2;
- approva il bilancio annuale;
- conferisce delega alle persone abilitate a firmare gli atti e la corrispondenza, fatto salvo il disposto dell'art. 24, comma II, ed avuto presente il contenuto dell'art. 27, comma II, alinea 4;
- assume le necessarie determinazioni in ordine alla gestione del patrimonio;
- delibera circa la sottoscrizione di convenzioni sanitarie od analoghe intese volte a favorire la salvaguardia della salute degli iscritti ed a calmierare gli oneri della "Cassa";
- esprime preventivo gradimento circa l'entità esterna di cui al successivo art. 36 e le modalità contrattuali per lo svolgimento del servizio;
- determina le modalità di realizzazione delle verifiche di cui agli artt. 19, comma I, e 36, comma II;
- delibera l'eventuale sottoscrizione di forme di copertura assicurativa o fidejussoria atte a garantire la capienza patrimoniale della "Cassa" in corso d'anno;
- assume le determinazioni di cui all'art. 9, comma I, alinea 4.

Articolo 24

Il Consiglio Direttivo elegge nel suo seno, con votazione segreta:

- il Presidente, tra i Consiglieri designati dalla "Banca";
- il Vice Presidente, tra i Consiglieri eletti.

Il Presidente (ed in caso di sua assenza o impedimento il Vice Presidente) è il legale rappresentante della "Cassa".

Il Presidente, in particolare:

- convoca e presiede il Consiglio Direttivo;
- vigila sull'esecuzione delle relative deliberazioni e sull'andamento dell'attività della "Cassa";
- assume in caso di improrogabile urgenza - sentito, ove possibile, il Segretario - le determinazioni che giudichi indispensabili - eccettuate quelle attinenti all'approvazione del bilancio - sottoponendole, per la ratifica, alla prima adunanza del Consiglio Direttivo.

Articolo 25

Il Consiglio Direttivo si riunisce di massima almeno ogni sei mesi e, comunque, in ogni circostanza in cui sia opportuno, previa convocazione del Presidente, sia di propria iniziativa sia a richiesta scritta di almeno cinque Componenti, ovvero del Collegio dei Sindaci.

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

Per la validità delle deliberazioni è necessaria la presenza di almeno sette Consiglieri, di cui quattro elettivi.

Il Consiglio Direttivo delibera a maggioranza dei presenti.

Articolo 26

Le deliberazioni del Consiglio Direttivo, redatte a cura del Segretario, sono riportate sul libro dei verbali e sono sottoscritte dal Presidente o, in sua assenza, dal Vice Presidente o da chi ha retto la presidenza nel corso dell'adunanza, e dal Segretario.

Articolo 27

Il Consiglio Direttivo elegge nel suo seno, con votazione segreta, il Segretario, scegliendolo tra i Consiglieri eletti.

Al Segretario compete:

- la predisposizione delle pratiche da sottoporre al Consiglio Direttivo;
- la redazione dei processi verbali delle riunioni consiliari, di cui provvede, se necessario, alla pubblicità ed al rilascio di copia conforme, al pari di ogni altro atto o provvedimento, eventualmente occorrente;
- la cura dell'esecuzione delle deliberazioni consiliari;
- la rappresentanza della "Cassa", negli specifici limiti stabiliti dal Consiglio Direttivo;
- lo svolgimento delle attività di cui all'art. 28;
- l'assolvimento di ogni altro compito od incarico affidatogli dal Consiglio Direttivo.

Articolo 28

Il Consiglio Direttivo elegge nel suo seno, con votazione segreta, il Tesoriere, scegliendolo tra i Consiglieri designati dalla "Banca".

Al Tesoriere compete, in collaborazione con il Segretario:

- la gestione del piano degli impieghi temporanei delle disponibilità liquide, secondo le direttive generali fissate dal Consiglio Direttivo, e dei flussi degli esborsi;
- l'informativa al Consiglio Direttivo circa l'andamento finanziario della "Cassa";
- la predisposizione del bilancio di ciascun esercizio, avvalendosi delle preposte strutture della "Banca" ai sensi dell'art. 40, comma III.

Articolo 29

Il Collegio dei Sindaci è composto da:

- un Componente designato dalla "Banca" che assume la Presidenza;
- due Componenti appartenenti agli iscritti in servizio eletti dagli iscritti in servizio destinatari delle prestazioni dell'Appendice n. 1.

I Sindaci devono essere invitati alle adunanze del Consiglio Direttivo e svolgono i seguenti compiti:

- 1) controllare le scritture contabili;
- 2) compiere le ispezioni ed i riscontri ritenuti opportuni;
- 3) esaminare i bilanci annuali, sui quali riferiscono per iscritto al Consiglio Direttivo.

Fermo restando il potere di accertamento individualmente sussistente in capo a ciascun Sindaco, le riunioni collegiali sono valide con la presenza di almeno due membri.

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.

In abbinamento a ciascuno dei Sindaci di cui al comma I, secondo alinea, è eletto, con le stesse modalità, un Sindaco supplente.

I Sindaci durano in carica tre anni ed il loro mandato è rinnovabile. Il triennio ha la stessa decorrenza di quello del Consiglio Direttivo. Qualora durante il triennio vengano a mancare uno o più Sindaci:

- se trattasi del Sindaco designato dalla "Banca", quest'ultima provvede a sostituirlo;
- se trattasi di Sindaco elettivo, subentra il supplente, a lui abbinato.

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

La funzione di Sindaco svolta dai soggetti di cui al comma I, alinea 2, è equiparata ad attività di servizio.

Il cessare del rapporto di lavoro, per causa diversa dal pensionamento, per i soggetti di cui al comma I, alinea 2, comporta la contestuale decadenza dalla carica.

La "Cassa" non corrisponde ai Sindaci compenso alcuno.

Articolo 30

Per la nomina dei componenti del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Sindaci, la cui elezione compete agli iscritti in servizio destinatari delle prestazioni dell'Appendice n. 1, il Presidente comunica agli iscritti stessi, con preavviso di almeno novanta giorni ed entro trenta giorni dalla scadenza del triennio di cui agli artt. 22, comma II e 29, comma VI, la data stabilita per l'elezione dei propri rappresentanti

La votazione per i componenti del Consiglio Direttivo avviene con liste separate, rispettivamente per i rappresentanti delle Aree Professionali, della categoria dei Quadri Direttivi e della categoria dei Dirigenti.

E' a tal fine costituito, presso la Sede Centrale della "Banca", un seggio elettorale, presieduto da un delegato della stessa, assistito da un altro rappresentante della "Banca" e, al massimo, da un rappresentante per ciascuna delle Organizzazioni Sindacali Aziendali che stipularono gli Accordi Collettivi indicati dall'art. 1.

I nominativi dei candidati alle votazioni (titolari con il rispettivo supplente) possono essere presentati dalle Organizzazioni Sindacali indicate dal comma che precede ovvero attraverso la designazione di un numero non inferiore al tre per cento di iscritti aventi diritto al voto in ciascuna elezione, con un massimo di cinquecento.

La consistenza numerica della percentuale fissata dal comma che precede è resa nota, per ciascuna elezione, mediante la comunicazione di cui al comma I, ed è calcolata al primo gennaio dell'anno nel quale si tiene la votazione.

I nominativi dei candidati devono essere formalmente comunicati al Presidente del seggio elettorale sessanta giorni prima della data fissata per l'inizio delle operazioni di voto.

La comunicazione prevista dal comma che precede, nell'ipotesi di candidati designati dagli aventi diritto al voto, deve essere accompagnata dal deposito contestuale degli elenchi dei proponenti, recanti, accanto alla sottoscrizione, il nome ed il cognome di ciascuno di questi e la specificazione del luogo di lavoro.

Ciascun candidato può prendere parte ad una sola elezione.

I nominativi dei candidati sono stampati sulla scheda di votazione, secondo l'ordine di pervenimento al Presidente del seggio elettorale. In caso di candidature pervenute lo stesso giorno è seguito l'ordine alfabetico, in relazione al cognome degli aspiranti alla carica in qualità di titolari.

Il seggio elettorale è competente a risolvere ogni questione pratica inerente alle votazioni.

Articolo 31

La votazione ha luogo per posta, a mezzo delle schede fornite dalla "Cassa", recanti i nomi dei candidati. Le schede, dopo il voto, devono essere chiuse dall'elettore in apposita busta, da sigillarsi.

Detta busta va collocata in altra, su cui l'elettore stesso appone le proprie generalità.

Ogni avente diritto ha facoltà di designare:

- nella votazione per i componenti del Consiglio Direttivo rappresentanti gli iscritti appartenenti alle Aree Professionali: quattro nomi di Consiglieri con il rispettivo supplente;

- nella votazione per i componenti del Consiglio Direttivo rappresentanti gli iscritti appartenenti alla categoria dei Quadri Direttivi: due nomi di Consiglieri con il rispettivo supplente
- nella votazione per i componenti del Consiglio Direttivo rappresentante gli iscritti appartenenti alla categoria dei Dirigenti: un nome di Consigliere con il relativo supplente;
- nella votazione per i componenti del Collegio dei Sindaci rappresentante gli iscritti in servizio: due nomi di Sindaci con i rispettivi supplenti.

Le buste degli iscritti in organico presso le diverse strutture, in cui si articola l'organizzazione della "Banca", sono raccolte dalle strutture medesime e rimesse in plico sigillato al seggio elettorale.

E' fatta salva la facoltà del votante di trasmettere direttamente al seggio la propria busta.

A votazione conclusa, il seggio elettorale procede alla verifica della partecipazione al voto, all'apertura delle buste ed allo spoglio delle schede, proclamando eletti coloro che hanno ottenuto, per ciascuna funzione e nell'ambito delle diverse liste, il maggior numero di voti; a parità di suffragi prevale il candidato più anziano di età.

Delle operazioni elettorali è redatto verbale da rimettere ad opera del Presidente del seggio al Presidente della "Cassa", il quale, entro trenta giorni, convoca il Consiglio Direttivo per il suo insediamento e l'assegnazione delle cariche.

TITOLO VI

- GESTIONE

Articolo 32

La "Cassa" opera per il conseguimento delle proprie finalità con i seguenti mezzi:

- contribuzione dei datori di lavoro;
- contributi degli iscritti;
- quote degli iscritti;
- contribuzioni delle "Partecipate";
- contributi degli aderenti di cui all'art. 4, comma VII;
- rendimento del patrimonio;
- qualsivoglia altra entrata.

Articolo 33

L'esercizio finanziario della "Cassa" inizia il 1° gennaio e termina il 31 dicembre di ogni anno.

Per ciascun esercizio è redatto un bilancio che deve essere approvato entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello cui si riferisce.

Ferma restando l'unitaria rappresentatività del resoconto contabile previsto dal comma che precede, il resoconto stesso deve recare separata ed autonoma evidenza dell'andamento degli apporti contributivi e degli esborsi per prestazioni di pertinenza dei soggetti di cui all'art. 4, comma III.

Fatto salvo quanto previsto al comma che segue, per gli apporti di cui all'art. 32, alinea 4 e 5, e per gli esborsi inerenti al pagamento dei premi relativi alla polizza contemplate dall'art. 18, comma III, è mantenuta una separata ed autonoma evidenza contabile.

Per gli apporti e per gli esborsi per prestazioni di pertinenza dei soggetti di cui all'art. 18 comma II e per i flussi economici relativi al riconoscimento di prestazioni per il caso di non autosufficienza è mantenuta una separata ed autonoma evidenza contabile.

Articolo 34

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

Investimenti della tipologia contemplata dal comma che precede debbono essere altresì compiuti per le disponibilità derivanti dall'art. 17, commi I e II.

Nel compiere gli impieghi indicati dai commi I e II è fatto tassativo divieto di realizzare operazioni che comportino l'assunzione da parte della "Cassa" della configurazione di operatore finanziario professionale o, comunque, il perseguimento di intenti speculativi.

Articolo 35

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

Articolo 36

Nell'ipotesi di erogazione diretta, totale o parziale, delle prestazioni della "Cassa", la gestione amministrativa delle pratiche di rimborso è affidata ad un'entità esterna alla "Cassa" e alla "Banca", con oneri a carico di quest'ultima e obbligatorio gradimento preventivo del Consiglio Direttivo, ai sensi dell'art. 23, comma II, alinea 9.

Fermo restando il diritto degli iscritti alla riservatezza, sancito dall'art. 19, comma I, è facoltà della "Cassa" compiere accertamenti al fine di verificare il corretto operare dell'entità esterna, indicata dal comma che precede.

Articolo 37

Le disposizioni contenute nel presente Statuto costituiscono una normazione unitaria ed inscindibile che disciplina in via integrale ed esclusiva l'attività e le prestazioni della "Cassa".

Articolo 38

La "Banca" segnala i nominativi da iscrivere, esegue le ritenute e cura i pagamenti delle quote a loro carico, nei modi e nelle misure indicate negli articoli 11, 13, 14, 15, 16 e nell'Appendice n. 3, accreditando la "Cassa" delle somme relative, unitamente ai contributi da esso dovuti.

Le "Partecipate" segnalano i nominativi degli aderenti di cui all'art. 4, comma VII e corrispondono alla "Cassa" gli apporti contributivi previsti dall'art. 12 con le modalità indicate dall'art. 16, comma IX.

La "Banca" segnala le cessazioni dei rapporti degli iscritti con la "Cassa" ed ogni notizia necessaria al suo buon funzionamento.

Le "Partecipate" segnalano le cessazioni dei rapporti con la "Cassa" degli aderenti di cui all'art. 4, comma VII, ed ogni altra notizia necessaria.

TITOLO VII

- NORME FINALI

Articolo 39

I soggetti indicati all'art. 4, comma III, nell'anno di cessazione del rapporto di lavoro, in caso di mantenimento dell'iscrizione, hanno diritto alle prestazioni di pertinenza degli iscritti di cui all'art. 4, comma I, con pagamento delle residue contribuzioni dovute, assumendo quale base imponibile la retribuzione virtuale che avrebbero percepito in servizio e le aliquote contributive di pertinenza.

Il debito contributivo contemplato dal comma che precede è assolto in unica soluzione a valere - ove possibile - sulle competenze di fine rapporto.

Gli aderenti di cui agli artt. 4, comma VII e 18 comma III, nell'anno di cessazione del rapporto di lavoro, con diritto a trattamento pensionistico, mantengono il diritto alle prestazioni previste dalle rispettive polizze.

Nel caso di decesso degli aderenti di cui agli artt. 4, comma VII e 18 comma III, il diritto alle prestazioni permane in favore degli eventuali familiari beneficiari sino al 31 dicembre dell'anno nel quale si è verificato tale evento.

Articolo 40

Le incombenze di segreteria operativa ed amministrativa della "Cassa" sono demandate al Servizio Personale della "Banca" con designazione, da parte di quest'ultima, di un proprio rappresentante, quale interlocutore e supporto amministrativo del Segretario.

Il rappresentante indicato al comma che precede è ammesso a partecipare, senza diritto di voto, alle riunioni del Consiglio Direttivo.

La "Banca" mette altresì gratuitamente a disposizione della "Cassa" ogni struttura necessaria al suo funzionamento ed assume a suo carico le spese generali di gestione e di ordinaria amministrazione della "Cassa" stessa e del suo patrimonio, compreso il costo di perizie e consulenze.

E' compito del Servizio Personale della "Banca" attivare ogni utile raccordo con le strutture territoriali in cui si articola la "Banca" medesima.

Articolo 41

Fatta salva la responsabilità del singolo per fatto illecito, la funzione di componente del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Sindaci è sorretta da garanzia della "Banca" per ogni eventuale responsabilità di carattere patrimoniale derivante dall'esercizio del mandato.

I soggetti indicati al comma che precede, in caso di instaurazione di giudizio nei loro riguardi, sono tenuti a darne tempestiva e formale comunicazione alla "Cassa" ed alla "Banca".

Le spese, comprese quelle di assistenza legale, relative a giudizi connessi alle funzioni di cui al comma I, sono a carico della "Banca", fatto salvo il diritto dell'interessato a scegliere un difensore di fiducia.

Le guarentigie contemplate dai commi I e III ed il dovere di informativa posto dal comma II permangono anche successivamente alla cessazione del mandato per fatti od atti relativi all'esercizio del mandato medesimo.

Articolo 42

Ferma restando la disciplina degli artt. 30 e 31, è facoltà del Consiglio Direttivo deliberare la sostituzione totale o parziale dello strumento cartaceo per l'effettuazione delle votazioni con supporti informatici.

L'impiego dei supporti informatici indicati dal comma che precede deve comunque garantire la piena libertà e segretezza del voto.

TITOLO VIII

- NORME TRANSITORIE

Articolo 43

(modificato con intese collettive del 9 aprile 2009, 10 dicembre 2010)

In applicazione delle intese collettive del 21 maggio 2001 e del 21 dicembre 2007 agli aderenti dipendenti di Leasint S.p.A. provenienti da Sanpaolo Leasint S.p.A. ed in servizio al 31 dicembre 2007 cui sono state riconosciute nel tempo senza soluzione di continuità le prestazioni indicate all'Appendice n. 4, è applicata, rispettivamente a far tempo dal 1° gennaio 2002 e dal 1° gennaio 2008, la complessiva normativa statutaria stabilita per gli iscritti di cui all'art. 4, comma I, ove non espressamente derogata.

In applicazione delle intese collettive del 24 ottobre 2002 agli iscritti dipendenti da Sanpaolo Fiduciaria S.p.A. cui sono state mantenute per l'anno 2002 le prestazioni indicate all'Appendice n. 4, è applicata, a far tempo dal 1° gennaio 2003, la complessiva normativa statutaria stabilita per gli iscritti indicati all'art. 4, comma I, ove non espressamente derogata.

Le previsioni di cui ai commi precedenti trovano altresì applicazione ai dipendenti assunti con contratto di lavoro a tempo indeterminato da Sanpaolo Leasint S.p.A. e Sanpaolo Riscossioni Genova S.p.A. dal 1° gennaio 2002, nonché a quelli assunti da Sanpaolo Fiduciaria S.p.A. dal 1° gennaio 2003.

In applicazione delle intese collettive del 31 ottobre 2008 agli iscritti dipendenti da S.I.R.E.F.I.D. S.p.A. provenienti da Sanpaolo Fiduciaria S.p.A. è applicata, senza soluzione di continuità, la complessiva normativa statutaria per gli iscritti indicati all'art. 4 comma I, ove non espressamente derogata.

A decorrere dal 1° gennaio 2006 la complessiva normativa statutaria stabilita per gli iscritti indicati all'art. 4 comma I è applicata, ove non espressamente derogata, al personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato dipendente da Sanpaolo Imi Asset Management SGR S.p.A. alla data del 31 dicembre 2005 e di futura assunzione.

A decorrere dal 1° gennaio 2009 la complessiva normativa statutaria stabilita per gli iscritti indicati all'art. 4 comma I è applicata, ove non espressamente derogata, al Personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato e di apprendistato professionalizzante, alla data del 1° gennaio 2009, dipendente da Cassa di Risparmio di Venezia, Cassa di Risparmio in Bologna e Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia o di futura assunzione.

La previsione di cui al comma che precede è altresì applicata al Personale delle Banche predette ceduto a Cassa di Risparmio del Veneto, con accordo sindacale del 19 e 27 giugno 2006, e a Cassa di Risparmio di Forlì e della Romagna con accordo del 6 settembre 2007 purché in servizio al 1° gennaio 2009.

In applicazione delle intese collettive del 28 gennaio 2009 e del 5 febbraio 2009, gli aderenti di cui ai commi VI e VII, rispettivamente ceduti alla Banca di Credito Sardo S.p.A. e ad Intesa Private Banking S.p.A., continuano ad essere destinatari, senza soluzione di continuità, della complessiva normativa statutaria stabilita per gli iscritti indicati all'art. 4 comma I è applicata, ove non espressamente derogata.

A decorrere dal 1° gennaio 2010 la complessiva normativa statutaria stabilita per gli iscritti indicati all'art 4 comma I è applicata, ove non espressamente derogata, al Personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato e di apprendistato professionalizzante dipendente da Eurizon Capital SGR S.p.A., alla data del 1° gennaio 2010 o di futura assunzione.

I soggetti indicati dai commi che precedono sono destinatari delle previsioni dell'art. 5.

La contribuzione di cui agli artt. 10 e 11 è corrisposta dalle società di cui ai commi che precedono (di seguito, unitariamente, "società") e dai rispettivi aderenti nei termini previsti dall'art. 16, ferma restando la ripartizione degli apporti nella misura e con le modalità fissate dalle intese collettive ovvero, in assenza di parte contraente, dai regolamenti aziendali.

In deroga all'art. 20, le prestazioni della "Cassa" sono liquidate con accredito del conto corrente degli aderenti a cura delle "società".

Gli adempimenti contemplati dall'art. 38 a carico della "Banca" sono attribuiti alle "società".

L'andamento degli apporti contributivi e degli esborsi per prestazioni di pertinenza degli aderenti dipendenti dalle "Società" deve recare specifica complessiva evidenza contabile nell'ambito del resoconto previsto dall'art. 33.

Trova applicazione per le "società" la previsione dell'art. 9, comma IV, alinea 1, mentre restano espressamente escluse quelle di cui agli artt. 22, 29, 30 e 31.

Articolo 44

Per il Personale delle "società" di cui all'art. 43 e nei casi in cui le fonti collettive abbiano previsto l'ingresso in "Cassa" per gruppi omogenei di Personale proveniente da altre società con applicazione della complessiva normativa stabilita per gli iscritti di cui all'art. 4 comma I, fatta salva differente previsione, il requisito dell'anzianità contributiva minima quinquennale fissato dall'art. 4, comma III, ha efficacia decorso un quinquennio dall'iscrizione/adesione stessa.

Articolo 45

Hanno facoltà di aderire alla "Cassa" gli ex dipendenti del "Sanpaolo", del Banco Lariano S.p.A. e della Banca Provinciale Lombarda S.p.A. che il 1° gennaio 1994 siano titolari di un trattamento pensionistico, nonché i destinatari di assegno di reversibilità dei precedenti.

Hanno facoltà di aderire alla "Cassa" gli ex dipendenti della Banca Nazionale delle Comunicazioni titolari di un trattamento pensionistico di base, nonché i destinatari di assegno di reversibilità degli stessi, purché vincolati - sino al 31 dicembre 1995 - dalla precedente tutela assicurativa concernente l'assistenza sanitaria integrativa, prevista per il Personale della B.N.C. S.p.A.

Hanno altresì facoltà di aderire alla "Cassa" gli ex dipendenti del Crediop S.p.A., titolari di una prestazione in forma di rendita erogata dal "Fondo per il Personale ex Crediop assunto sino al 30 settembre 1989", nonché i destinatari di prestazione di reversibilità degli stessi, purché vincolati - sino al 31 dicembre 1996 - da altra copertura sanitaria integrativa attuata in forma assicurativa. Analoga facoltà è prevista per gli ex dipendenti del "Crediop" titolari di una prestazione in forma di rendita erogata dal medesimo Fondo, nonché per i destinatari di prestazione di reversibilità degli stessi, purché aderenti alla "Cassa" al momento del pensionamento.

Hanno altresì facoltà di aderire alla "Cassa" gli ex dipendenti di IMI S.p.A. titolari di un trattamento pensionistico di base, nonché i destinatari di assegno di reversibilità degli stessi, purché vincolati - sino al 31 dicembre 1998 - da altra copertura sanitaria integrativa prevista per il Personale IMI. Alle medesime condizioni ha inoltre facoltà di aderire il Personale IMI il cui rapporto di lavoro sia cessato nel corso del 1998 con diritto a trattamento pensionistico di base.

Articolo 46

Agli aderenti di cui all'art. 45 si applica la complessiva normativa statutaria stabilita per gli iscritti indicati all'art. 4, comma III, ove non espressamente derogata.

Ai soggetti indicati al comma che precede è estesa la disciplina dell'art. 7, con facoltà di rendere beneficiari delle prestazioni della "Cassa" i familiari ivi elencati.

Articolo 47

La normativa di cui all'art. 41 è estesa ai componenti degli organi collegiali delle diverse entità, aventi finalità assistenziale, già esistenti presso Banco Lariano S.p.A. e Banca Provinciale Lombarda S.p.A., in relazione all'attività da essi svolta.

Articolo 48

In adempimento delle intese collettive del 30 giugno 2000 mantengono l'iscrizione alla "Cassa" sino al 31 dicembre 2000 i soggetti già dipendenti della "Banca" e conferiti dal 1° luglio 2000 alla Banca OPI S.p.A. (di seguito "Banca OPI"), già IMI Lease S.p.A..

A far tempo dal 1° gennaio 2001, in adempimento delle intese di cui al comma che precede, aderiscono alla "Cassa" il Personale ivi indicato e quello già dipendente da IMI Lease S.p.A., che ha proseguito il rapporto di lavoro con "Banca OPI", nonché gli assunti da "Banca OPI" dopo il 1° luglio 2000.

Agli aderenti indicati dal comma II si applica la complessiva normativa statutaria stabilita per gli iscritti considerati dall'art. 4, comma I, ove non espressamente derogata.

Ai soggetti indicati dai commi I e II è estesa la facoltà di rendere beneficiari delle prestazioni della "Cassa" i familiari elencati nell'art. 5, in applicazione della disciplina ivi prevista.

La contribuzione di cui all'art. 10 è corrisposta da "Banca OPI" con le modalità previste dall'art. 16.

In deroga a quanto disposto dall'art. 16, comma IV, gli apporti contributivi previsti dall'art. 11, commi I e II, e le quote contemplate dall'art. 13 sono trattenute da "Banca OPI" all'atto di ciascuna attribuzione retributiva e contestualmente versate alla "Cassa".

In deroga all'art. 20, le prestazioni della "Cassa" sono liquidate con accredito del conto corrente degli aderenti a cura di "Banca OPI".

Gli adempimenti di cui all'art. 38 di pertinenza del "Sanpaolo" sono attribuiti a "Banca OPI".

Trova applicazione per "Banca OPI" il disposto dell'art. 9, comma IV, 1° alinea, relativo alle "Partecipate".

Articolo 49

Il Personale del "Sanpaolo", della "Banca" e delle "Società " di cui all'art. 43 che acceda al "Fondo di solidarietà per il sostegno del reddito, dell'occupazione e della riconversione e riqualificazione professionale del personale dipendente dalle imprese di credito" di cui al D.M. Lavoro 28 aprile 2000, 158 ed alle previsioni del Verbale ABI 24 gennaio 2001, di seguito, per brevità, "Fondo solidarietà", mantiene – nel periodo di permanenza nel medesimo – l'iscrizione alla "Cassa".

Ai soggetti indicati dal comma che precede è applicata la complessiva normativa statutaria stabilita per gli iscritti di cui all'art. 4, comma I, ove non espressamente derogata.

L'iscrizione è mantenuta anche qualora il Personale del "Sanpaolo" e della "Banca" acceda al "Fondo solidarietà" con risoluzione del rapporto di lavoro presso società del Gruppo Intesa Sanpaolo (di seguito, per brevità, "società del Gruppo") di cui divengano dipendenti per effetto di operazioni di riassetto societario.

La contribuzione prevista dall'art. 10, comma I, continua ad essere corrisposta dal "Sanpaolo", dalla "Banca" o dalla "società del Gruppo".

La contribuzione prevista dall'art. 11 e le quote di cui all'art. 13, a carico dell'iscritto, sono determinate con riferimento all'ultima retribuzione imponibile per la "Cassa" percepita in servizio. Sulla loro misura non operano le decurtazioni contemplate dall'art.11, comma IV .

In deroga a quanto disposto dall'art. 16 la contribuzione e le quote a carico dell'iscritto sono addebitate dal "Sanpaolo" , dalla "Banca" o dalla "società del Gruppo" sul conto corrente intrattenuto presso le medesime in dodici rate mensili, da imputarsi il giorno uno di ogni mese.

Articolo 50

Gli Iscritti di cui all'art. 4 comma I e II beneficiari delle prestazioni dell'Appendice 1 ed interessati dalle operazioni di cessione conseguenti al parere espresso dall'Autorità Garante della Concorrenza in data 20 dicembre 2006, che accedono al Fondo di Solidarietà ai sensi dell'accordo sindacale di Gruppo del 1° agosto 2007, mantengono, a richiesta, senza soluzione di continuità, l'iscrizione alla "Cassa" per tutto il periodo di permanenza nel Fondo.

Ai fini e per gli effetti delle previsioni del comma che precede, la richiesta deve essere avanzata entro trenta giorni dalla data di accesso al Fondo.

Per i soggetti di cui al comma I, nel periodo d'iscrizione eventualmente intercorrente tra il 1° gennaio 2009 e la data di accesso al Fondo, è sospesa l'erogazione di qualsivoglia prestazione da parte della "Cassa" e non sono dovuti gli apporti previsti dagli artt. 10, 11 e 13. E' espressamente esclusa l'applicazione delle previsioni di cui agli artt. 22, 29, 30 e 31.

Fatto salvo quanto previsto al comma che precede, nei confronti dei soggetti di cui al comma I sono applicate le previsioni di cui all'art. 49.

Articolo 51

I soggetti di cui all'art. 18 comma III interessati dalle operazioni di cessione di cui all'art. 50 comma I, che accedano al Fondo di Solidarietà ai sensi dell'accordo sindacale di Gruppo del 1° agosto 2007, mantengono, a richiesta, il diritto a fruire delle prestazioni previste per il tramite di polizze di assistenza sanitaria.

Ai fini e per gli effetti delle previsioni del comma che precede, la richiesta deve essere avanzata entro trenta giorni dalla data di accesso al Fondo.

Per i soggetti di cui al comma I, nel periodo eventualmente intercorrente tra il 1° gennaio

2009 e la data di accesso al Fondo, è sospesa l'erogazione di qualsivoglia prestazione per il tramite di polizza e non sono dovuti gli apporti contributivi.

Nei confronti dei soggetti di cui al comma I è applicata la normativa di cui all'accordo del 7 dicembre 2006 e alle eventuali successive modificazioni.

Articolo 52

(introdotto con intese collettive del 9 aprile 2009)

A decorrere dal 9 aprile 2009 le prestazioni aggiuntive di cui all'art. 18 comma II sono riconosciute esclusivamente agli Iscritti provenienti da "Sanpaolo" beneficiari delle Prestazioni dell'Appendice 1 ove destinatari del "Fondo di solidarietà" alla data del 1° gennaio 2008.

APPENDICI

APPENDICE N. 1

DISCIPLINA DELLE MODALITA' DI ATTRIBUZIONE DELLE PRESTAZIONI AGLI ISCRITTI DI CUI ALL'ART. 4, COMMA I e II

DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 1

La "Cassa" rimborsa gli oneri economici sostenuti dagli iscritti, in Italia od all'estero, in dipendenza di eventi patologici qualificati come malattia o come infortunio.

Per malattia si intende ogni alterazione, congenita od acquisita, dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Per infortunio si intende un evento - comprovato da certificazione di Pronto Soccorso - dovuto a causa accidentale, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

La "Cassa" rimborsa altresì gli oneri economici sostenuti dagli iscritti, in Italia od all'estero, connessi a spese mediche mirate alla prevenzione di malattie neoplastiche, del sangue, cardiache e del sistema neurologico centrale.

In presenza di oneri oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero di rimborso e/o anticipazione da parte di terzi, la "Cassa" riconosce prestazioni al netto di quanto rimborsato e/o anticipato a titolo definitivo.

Articolo 2

La "Cassa" rimborsa integralmente gli oneri sostenuti per il pagamento delle quote di partecipazione alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (ticket), ivi compresi gli equivalenti importi privatistici riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici, con esclusione di quanto non rimborsabile ai sensi dell'art. 16 ed all'acquisto di farmaci, salvo quanto disposto dall'art. 3.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Articolo 3

In caso di ricovero in istituto di cura per infortunio o malattia (con o senza intervento chirurgico), o di intervento chirurgico ambulatoriale (ad esclusione di quelli direttamente connessi alle cure dentarie di cui all'art. 10 alinea 3), la "Cassa" rimborsa sino a concorrenza dei massimali indicati al successivo art. 4, i seguenti oneri:

- 1) spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria o per materiale d'intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici, le endoprotesi e le protesi dentarie se conseguenti ad infortunio od ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice);
- 2) spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente), nonché spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) sostenute durante il periodo di ricovero o degenza, sempreché siano rese indispensabili dall'evento considerato;
- 3) spese per assistenza medica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), sostenute nei 90 giorni precedenti il ricovero o l'intervento ambulatoriale e nei 90 giorni successivi al termine del ricovero od alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché siano rese indispensabili dall'evento considerato.

In caso di ricovero in istituto di cura in day hospital non comportante intervento chirurgico e comunque non connesso a ciclo di cure od ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice, sono rimborsati esclusivamente gli oneri inerenti le spese effettivamente sostenute durante il periodo di degenza di cui ai punti 1) e 2) del comma che precede. In caso di ricovero in istituto di cura connesso ad interventi di cui all'art. 10 alinea 3, sono rimborsati esclusivamente gli oneri relativi a rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente) e ai diritti di sala operatoria.

Sono equiparati ad intervento chirurgico i seguenti trattamenti:

- AGOBIOPSIE E BIOPSIE CHIRURGICHE (escluse in corso di accertamenti endoscopici);
- ANGIOPLASTICA;
- CORONAROGRAFIA;
- DRENAGGI DELLE VIE BILIARI;
- ENDOSCOPIE OPERATIVE;
- LAPAROSCOPIE DIAGNOSTICHE;
- LITOTRIPSIE AD ESCLUSIONE DI QUELLE OSTEO-ARTICOLARI;
- POSIZIONAMENTO E RIMOZIONE APPARECCHIO GESSATO O SIMILARE;
- RADIOLOGIA INTERVENTISTICA.

In caso di ricovero in istituto di cura per parto od aborto, ovvero in caso di parto domiciliare assistito, la "Cassa" rimborsa sino a concorrenza dei massimali indicati al successivo art. 4, i seguenti oneri:

- a) spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria o per materiale di intervento;
- b) spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente), nonchè spese per assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, cure, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) sostenute durante il periodo di ricovero o degenza, semprechè siano rese indispensabili dall'evento considerato;
- c) spese per l'assistenza al neonato durante la degenza.

Articolo 4

Gli oneri sostenuti in relazione agli eventi di cui all'art. 3 sono rimborsati sino a concorrenza del massimale annuo di € 150.000 per nucleo familiare.

Il massimale indicato al comma che precede e' raddoppiato esclusivamente per i Grandi Interventi Chirurgici ricompresi nell'elenco posto in calce alla presente Appendice.

Fermi restando i massimali previsti ai commi I e II, le spese relative agli eventi sottoindicati sono rimborsati con i seguenti limiti:

- in caso di intervento ambulatoriale € 7.000 per evento;
- in caso di parto cesareo o aborto € 7.800 per evento;
- in caso di parto non cesareo € 3.500 per evento.

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 fissa ed assoluta di € 468.

La franchigia di cui al comma precedente non si applica in caso di ricoveri connessi a gravidanza, parto, dialisi, diabete.

Per i beneficiari di età superiore a 65 anni i rimborsi relativi all'art. 3 sono effettuati previa detrazione della franchigia del 15% prevista all'art. 15, con un massimo a carico dell'iscritto comunque non superiore a € 5.200. Sulle sole spese effettivamente sostenute durante la degenza, tale franchigia non può essere complessivamente inferiore a € 936 per i ricoveri con intervento chirurgico e a € 1.872 per i ricoveri senza intervento chirurgico.

Articolo 5

In caso di ricovero a termini dell'art. 3, fermi restando i massimali previsti dall'art. 4, commi I e II, sono rimborsati all'iscritto anche gli oneri di seguito indicati:

- spese per vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilit  ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito, con il limite giornaliero di € 100 e con un massimo per anno e per nucleo familiare di 20 giorni, raddoppiati in caso di Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice;
- spese per trasporto dell'assistito, se non a carico del Servizio Sanitario Nazionale:
 - . in ospedale o casa di cura (sia in Italia che all'estero), con autoambulanza, eliambulanza e similari, per motivi di urgenza;
 - . da ospedale o casa di cura al domicilio, unicamente per i pazienti trasportabili solo con mezzi sanitariamente attrezzati;con il limite massimo di € 1.500 per anno e per nucleo familiare;
- spese per assistenza infermieristica domiciliare nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero o all'intervento ambulatoriale, fino alla concorrenza dell'importo di € 52 giornaliero e per un massimo per evento di 90 giorni, raddoppiati, anche oltre il limite dei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero od all'intervento ambulatoriale, in caso di Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice.

Articolo 6

In caso di ricovero in istituto di cura, anche in day hospital, per eventi diversi da quelli previsti dai successivi artt. 12, 13 e 16, che non comporti, per tale periodo, effettuazione di rimborsi da parte della "Cassa" – fatta salva l'integrale erogazione degli oneri di cui all'art. 5, delle spese per assistenza infermieristica sostenute durante la degenza e delle spese di cui all'art. 3, comma I sub 3) -   corrisposta all'iscritto una indennita' di € 80 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 all'anno, raddoppiati in caso di Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice.

In caso di ricovero, anche in day hospital, per eventi di cui ai successivi artt. 12 e 13, che non comporti, per tale periodo, effettuazione di rimborsi da parte della "Cassa",   corrisposta all'iscritto una indennit  di € 80 per ogni giorno intero di durata del ricovero, compreso il giorno di ingresso, sino a concorrenza dei massimali annui per nucleo familiare stabiliti nei citati articoli.

In caso di parto non cesareo l'indennit  prevista dal comma I   erogata per l'importo minimo di € 500.

In caso di parto l'indennita' prevista dal comma I compete al neonato solamente qualora la permanenza di quest'ultimo in istituto di cura sia dovuta a suo stato di malattia.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Articolo 7

Sono rimborsate le spese per:

- ANGIOGRAFIA (comprende ARTERIOGRAFIA);
- CHEMIOTERAPIA;
- DIALISI;
- DOPPLER/ECODOPPLER;
- ELETTROENCEFALOGRAMMA;
- DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA (comprende quella a FIBRE OTTICHE);
- HOLTER;
- MIELOGRAFIA;
- MOC;
- RADIOTERAPIA (comprende COBALTOTERAPIA);
- RICERCHE GENETICHE PER MALFORMAZIONI FETALI (AMNIOCENTESI, PRELIEVO VILLI CORIALI, ecc.);
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN);
- SCINTIGRAFIA;
- TAC;
- TERAPIA INTERFERONICA.

I rimborsi di cui al presente articolo sono accordati fino a concorrenza del 10% dei massimali annui per nucleo familiare previsti dall'art. 4, commi I e II, con applicazione di una quota a carico dell'iscritto nella misura del 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate. Tale limitazione non si applica alle spese per dialisi.

Articolo 8

In caso di fruizione di prestazioni specialistiche, ambulatoriali e domiciliari, sono rimborsati all'iscritto, fino a concorrenza del massimale indicato al successivo art. 9, i seguenti oneri:

- spese per onorari medici per visite e prestazioni specialistiche;
- spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- spese per analisi ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici);
- spese per onorari medici, analisi ed esami diagnostici, necessari dal momento dell'accertamento della gravidanza sino al relativo ricovero e nei 90 giorni successivi al termine dello stesso;
- spese per cure dentarie e paradontopatie, rese necessarie da infortunio, effettuate ambulatorialmente.

Articolo 9

Gli oneri sostenuti in relazione agli eventi di cui all'art. 8 sono rimborsati sino a concorrenza del massimale annuo di € 2.000 per nucleo familiare.

Fermo restando il massimale di cui al comma precedente, le spese sostenute per trattamenti fisioterapici e rieducativi sono rimborsabili con il limite di € 780 annuo per nucleo familiare.

I rimborsi sono riconosciuti con una quota del 30% della spesa sostenuta a carico dell'iscritto.

Articolo 10

In caso di necessita' di protesi anatomiche ed apparecchi sanitari ausiliari e correttivi, ovvero in caso di necessita' di cure dentarie non rese necessarie da infortunio, sono rimborsati all'iscritto, fino a concorrenza dei massimali indicati al successivo art. 11, i seguenti oneri:

- spese per protesi auditive;
- spese per mezzi correttivi oculistici (anche a contatto) ivi compresa la montatura, con esclusione delle spese per impiego di materiale prezioso nonché per interventi per la correzione della miopia, dell'astigmatismo, dell'astigmatismo miopico, della presbiopia e dell'ipermetropia;
- spese per visite, cure anche di natura preventiva, esami, estrazioni, protesi dentarie (ivi comprese quelle ortodontiche ed implantologiche) nonché per chirurgia orale direttamente connessa a cure dentarie non conseguenti ad infortunio;
- spese per protesi ortopediche e oculistiche, da malattia, da malformazione congenita o da infortunio e spese per apparecchi ausiliari correttivi e terapeutici resi necessari da perdite o menomazioni anatomiche invalidanti.

Articolo 11

Sono rimborsati gli oneri sostenuti in relazione agli eventi di cui all'art. 10 sino a concorrenza dei seguenti massimali per nucleo familiare:

- 1) spese per protesi auditive: massimale annuo di € 2.000;
- 2) spese per mezzi correttivi oculistici nonché per gli interventi di cui all'art. 10, comma I, alinea 2: massimale annuo di € 450 con una quota pari al 30%, con un minimo di € 52 per evento, a carico dell'iscritto;

- 3) spese per cure dentarie: massimale annuo di € 1700, con una quota pari al 30%, con un minimo di € 104 per evento, a carico dell'iscritto;
- 4) spese per protesi e apparecchi ausiliari, di cui al quarto alinea dell' art. 10 massimale annuo di € 3.000.

Articolo 12

In caso di necessita' di assistenza - anche comportante ricovero in istituto di cura - per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonche' ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti, sono rimborsati i relativi oneri sino a concorrenza del massimale annuo di € 1.500 per nucleo familiare.

A carico dell'iscritto rimane una quota pari al 30% della spesa sostenuta.

Articolo 13

In caso di necessità di interventi psicoterapeutici o psicoanalitici, ovvero conseguenti a malattie di carattere psicosomatico, anche comportanti ricovero in istituto di cura, sono rimborsati i relativi oneri sino a concorrenza del massimale annuo di € 1.500 per nucleo familiare.

A carico dell'iscritto rimane una quota pari al 30% della spesa sostenuta, con un minimo di € 21 per ogni visita.

NORME FINALI ED ESCLUSIONI

Articolo 14

Le spese di cui all'artt. 3 e 5 – con esclusione di quelle relative a ricoveri in istituto di cura con intervento chirurgico, anche in regime di day hospital, nonché ad interventi chirurgici ambulatoriali, entrambi effettuati in forma totalmente convenzionata - sono liquidate nella misura del 75% della somma spettante ed entro un massimo del 75% dei massimali e dei limiti previsti ai medesimi articoli. La liquidazione della residua quota non immediatamente erogata ha luogo entro il 30 giugno dell'anno successivo a seguito dell'approvazione del bilancio e sulla base del risultato di esercizio della gestione di pertinenza, con priorità di erogazione rispetto alle altre prestazioni contemplate dalla presente Appendice. 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, al netto degli eventuali accantonamenti deliberati dai competenti Organi della "Cassa", fatto salvo quanto previsto all'art. 23, comma II, alinea 5.

Le spese di cui agli artt. 7, 8, 10, 12 e 13 sono liquidate nella misura dell'80% della somma spettante ed entro un massimo dell'80% dei massimali e dei limiti previsti ai medesimi articoli. La liquidazione della residua quota non immediatamente erogata ha luogo entro il 30 giugno dell'anno successivo a seguito dell'approvazione del bilancio e sulla base del risultato di esercizio della 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, al netto degli eventuali accantonamenti deliberati dai competenti Organi della "Cassa".

La quota non immediatamente erogata riferita a spese connesse ad eventi di cui all'art. 3 non può comunque superare l'importo di € 7.800.

Sono escluse dall'applicazione di qualsiasi franchigia e dalle disposizioni contemplate dal comma I e II le spese connesse ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice. Sono parimenti escluse le quote di partecipazione alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (ticket), ivi compresi gli equivalenti importi privatistici riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici, nonché quanto previsto dall'art. 6.

Articolo 15

Per gli iscritti di età superiore a 65 anni gli oneri sostenuti per le prestazioni di cui alla presente Appendice, ad eccezione di quelli sostenuti per il pagamento delle quote di partecipazione alle spese del Servizio Sanitario Nazionale (ticket), ivi compresi gli equivalenti importi privatistici riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici, nonché di quanto previsto all'art. 6, sono liquidati previa detrazione della franchigia percentuale sulle spese effettivamente sostenute e documentate, aggiuntiva di ogni altra riduzione di rimborso, nella misura del 15%.

L'età di riferimento per l'applicazione delle franchigie contemplate dal comma che precede è quella della data dell'evento.

Articolo 16

Non sono rimborsate spese sostenute né sono corrisposte le indennità di cui all'art. 6 della presente Appendice per:

- cure o applicazioni o chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del terzo anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio o conseguenti ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice, anche oltre il termine di cui all'art. 3, comma I, n. 3);
- agopuntura, ove non praticata da medico iscritto all'ordine professionale;
- cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico); di proprie azioni delittuose; dell'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore, in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; della partecipazione, a titolo professionale e comunque non dilettantistico, a competizioni sportive, comprese le relative prove;
- cura di malattie mentali nei casi in cui diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- cure termali;
- medicinali (ad eccezione di quanto previsto all'art. 3).

RIMBORSI

Articolo 17

Le prestazioni sono liquidate dietro presentazione, in originale ed unitamente al modulo di richiesta, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, accompagnate, in caso di ricovero, dalla cartella clinica.

La documentazione deve essere intestata all'iscritto o ad un suo familiare; il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'iscritto.

La documentazione ricevuta è restituita all'iscritto, previa stampigliatura dell'avvenuta presentazione al rimborso.

Articolo 18

A fini di rimborso ogni prestazione deve essere prescritta e certificata da un medico, con l'indicazione della patologia sofferta o presunta e deve essere effettuata da medico o presso struttura clinica, fatta eccezione per le spese infermieristiche ed ostetriche, per quelle fisioterapiche e rieducative, nonché per le psicoterapie effettuate da psicologi iscritti all'albo.

L'indicazione della patologia non è richiesta relativamente agli oneri di cui all'art. 10, comma I alinea 2, per i quali è sufficiente la prescrizione medica con l'indicazione del visus, e di cui all'art. 10 comma I alinea 3, per i quali è sufficiente il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite; non è richiesta inoltre in caso di certificazione di gravidanza e di visite ed esami preventivi di cui all'art. 1, di prestazioni erogate presso strutture pubbliche, nonché in presenza di specifica prescrizione del Servizio Sanitario Nazionale e delle prestazioni specialistiche di cui all'art. 7.

Articolo 19

Gli oneri economici sostenuti dagli iscritti sono rimborsati ogni qual volta raggiungano, in somma, almeno l'importo di € 30 ovvero, ove non si pervenga a tale cifra, a seguito di istanza avanzabile dal mese di ottobre dell'anno di competenza.

La documentazione di cui all'art. 17, comma I, con data dell'anno di competenza deve essere presentata al rimborso inderogabilmente entro il termine ultimo di pervenimento del 31 marzo dell'anno successivo ed è liquidata con le seguenti modalità:

- 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 sul computo dei 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 della presente Appendice;
- 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 prodotta oltre il termine ultimo di pervenimento fissato dal comma precedente non comporta rimborsi.

Articolo 20

I rimborsi della "Cassa" sono effettuati a far tempo dal 1° gennaio 2002, in Euro. Ove i rimborsi riguardino prestazioni sanitarie intervenute in Paesi con valuta diversa dall'Euro e' applicato il cambio previsto per il Personale della "Banca" del giorno in cui e' stato effettuato il pagamento della prestazione oggetto di rimborso.

ELENCO GRANDI EVENTI PATOLOGICI

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Ablazione transcateretere

Angioplastica coronarica vasi multipli con o senza trombolisi comprensiva dell'eventuale stand-by cardiocirurgico ed eventuale applicazione di stents

Angioplastica coronarica vaso singolo con o senza trombolisi comprensiva dell'eventuale stand-by cardiocirurgico ed eventuale applicazione di stents

CARDIOCHIRURGIA

Bypass aorto coronarico multipli compresa eventuale coronarografia completa (C.E.C.)

Bypass aorto coronarico singolo compresa eventuale coronarografia completa (C.E.C.)

Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta o neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.)

Commisurotomia per stenosi mitralica

Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per

Pericardiectomia totale

Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)

Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarici (C.E.C.)

Valvuloplastica cardiocirurgica

CHIRURGIA GENERALE

- COLLO

Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale

Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale

- ESOFAGO
 - Deconnessione azygos-portale per via addominale
 - Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per
 - Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
 - Esofago, resezione parziale dell' , con esofagostomia
 - Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
 - Fistola esofago-tracheale, intervento per
 - Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica

- STOMACO, DUODENO, INTESTINO TENUE
 - Dumping syndrome, interventi di riconversione per
 - Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)
 - Gastrectomia parziale (compresa eventuale linfadenectomia)
 - Gastrectomia totale con linfadenectomia
 - Intestino, resezione dell' (comprese eventuali stomie)
 - Megacolon, intervento per

- COLON, RETTO
 - Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia
 - Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
 - Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
 - Emicolectomia destra con linfadenectomie
 - Emicolectomia sinistra con linfadenectomie ed eventuale colostomia (hartmann ed altre)
 - Incontinenza anale, intervento per
 - Procto-colectomia totale con pouch ileale
 - Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia

- PERITONEO
 - Tumore retroperitoneale, exeresi di

- FEGATO E VIE BILIARI
 - Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
 - Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
 - Deconnessione azygos-portale per via addominale
 - Resezioni epatiche maggiori
 - Resezioni epatiche minori
 - Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale
 - Vie biliari, reinterventi

- PANCREAS
 - Derivazioni pancreatico-Wirsung digestive
 - Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
 - Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
 - Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)

CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE

Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale

Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale

Fratture dei mascellari terapia chirurgica di

Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia, laterodeviazioni mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sul mascellare superiore o sulla mandibola (trattamento completo)

Mandibola, resezione parziale per neoplasia della

Mascellare superiore per neoplasie, resezione del

Ricostruzione con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari

CHIRURGIA PEDIATRICA

Atresia dell'ano: abbassamento addomino-perineale

Atresia dell'ano: operazione perineale

Atresie vie biliari, esplorazioni

Ernia diaframmatica di Bochdalek

Ernia diaframmatica di Morgagni

Esofago (trattamento completo), atresia o fistole congenite dell'

Megacolon, intervento per

Ureterocistoneostomia bilaterale

Ureterocistoneostomia monolaterale

CHIRURGIA TORACO-POLMONARE

Bilobectomy, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)

Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per

Fistole esofago-bronchiali, interventi di

Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate

Neoplasie maligne coste e/o sterno (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)

Neoplasie maligne della trachea (compresa plastica ed eventuale linfadenectomia e/o biopsia)

Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)

Pleuropneumectomia (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)

Pneumectomia, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)

Resezione bronchiale con reimpianto

Resezione segmentaria o lobectomia, (comprese eventuali linfadenectomie)

Resezioni segmentarie atipiche (comprese eventuali linfadenectomie)

Timectomia

Toracoplastica, primo tempo

Toracoplastica, secondo tempo

CHIRURGIA VASCOLARE

Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
Aneurismi arterie distali degli arti, resezione e/o trapianto
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio
By-pass aorto-renale o aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale
Elefantiasi degli arti
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava
Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca
Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

GINECOLOGIA

Eviscerazione pelvica
Fistole ureterovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)
Fistole vescicovaginali o rettovaginali, intervento per
Incontinenza urinaria, intervento per via vaginale o addominale
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparoscopica o laparotomica o per via vaginale, intervento di
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero
Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

NEUROCHIRURGIA

Adenoma ipofisario, intervento per via transfenoidale
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
Cranioplastica
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per
Epilessia focale, intervento per
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
Laminectomia per tumori intramidollari
Malformazione aneurismatica intracranica (aneurismi sacculari, aneurismi carotidei, altri aneurismi)
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
Stereotassi, intervento di
Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
Tumori della base cranica, intervento per via transorale
Tumori orbitari, intervento per

OCULISTICA

Iridocicloretrazione
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi
Trabeculectomia
Trapianto corneale a tutto spessore
Vitrectomia anteriore o posteriore

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Artrodesi vertebrale per via anteriore
Artrodesi vertebrale per via posteriore
Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
Artrodesi: grandi articolazioni
Artroprotesi spalla, totale
Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo): intervento per rimozione e riposizionamento eseguito in un tempo successivo al primo ricovero
Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo): intervento per rimozione e riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento, comprensivo dell'intervento principale di artroprotesi d'anca totale (ovvero non si sommano)
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)
Artroprotesi: ginocchio
Disarticolazione interscapolo toracica
Emipelvectomia
Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
Ernia del disco dorsale per via transtoracica
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
Osteosintesi grandi segmenti
Osteosintesi vertebrale
Tumori ossei e forme pseudo tumorali grandi segmenti o articolazioni, asportazione di

OTORINOLARINGOIATRIA

Petrositi suppurate, trattamento delle
Adduttori, intervento per paralisi degli
Antroatticotomia con labirintectomia
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidea
Atresia auris congenita completa
Atresia auris congenita incompleta
Cordectomia con il laser
Fibroma rinofaringeo
Laringectomia parziale
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale bilaterale
Laringofaringectomia totale
Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)

Lingua e pavimento orale intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare
Lingua e pavimento orale intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario
Mastoidectomia radicale
Neoplasie parafaringee
Nervo vestibolare, sezione del
Neurinoma dell'ottavo paio
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per
Parotidectomia parziale
Parotidectomia totale
Petrosectomia
Timpanoplastica con mastoidectomia
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di
Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

UROLOGIA

Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
Estrofia vescicale (trattamento completo)
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per
Incontinenza urinaria in donna, intervento per via vaginale o addominale
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
Nefrectomia polare
Nefrolitotripsia percutanea bilaterale
Nefrolitotripsia percutanea monolaterale
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di
Nefroureterectomia radicale con trattamento trombo cavale (compresa surrenectomia)
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomie, (qualsiasi accesso e tecnica)
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena e/o posteriore membranosa
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa
Ureterocistoneostomia bilaterale
Ureterocistoneostomia monolaterale
Ureterocistoneostomia non continente
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)
Vescicoplastica antireflusso bilaterale
Vescicoplastica antireflusso monolaterale

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.

MALATTIE GRAVI

Si considerano "Malattie Gravi" le seguenti patologie:

- neoplasie maligne, inclusa la leucemia;
- infarto del miocardio;
- ictus cerebrale;
- pancreatite acuta;
- anemia aplastica;
- encefalite acuta;
- paralisi conseguente ad infortunio;
- ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione;
- sclerosi multipla o a placche;
- AIDS;
- distrofia muscolare;
- morbo di Parkinson.

APPENDICE N. 2

DISCIPLINA DELLE MODALITA' DI ATTRIBUZIONE DELLE PRESTAZIONI AGLI ISCRITTI DI CUI ALL'ART. 4, COMMA III

DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 1

La "Cassa" rimborsa gli oneri economici sostenuti dagli iscritti, in Italia od all'estero, in dipendenza di eventi patologici qualificati come malattia o come infortunio.

Per malattia si intende ogni alterazione, congenita od acquisita, dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Per infortunio si intende un evento - comprovato da certificazione di Pronto Soccorso - dovuto a causa accidentale, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

In presenza di oneri oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero di rimborso e/o anticipazione da parte di terzi, la "Cassa" riconosce prestazioni al netto di quanto rimborsato e/o anticipato a titolo definitivo.

Articolo 2

La "Cassa" rimborsa integralmente gli oneri sostenuti per il pagamento delle quote di partecipazione alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (ticket), con esclusione di quanto non rimborsabile ai sensi dell'art. 13 ed all'acquisto di farmaci, salvo quanto disposto dall'art. 3.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Articolo 3

In caso di ricovero in istituto di cura per infortunio o malattia (con o senza intervento chirurgico), o di intervento chirurgico ambulatoriale (ad esclusione di quelli direttamente connessi a patologie di natura dentaria), la "Cassa" rimborsa sino a concorrenza dei massimali indicati al successivo art. 4, i seguenti oneri:

- 1) spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria o per materiale d'intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici, le endoprotesi e le protesi dentarie se conseguenti ad infortunio od ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice);
- 2) spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente), nonché spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) sostenute durante il periodo di ricovero o degenza, sempreché siano rese indispensabili dall'evento considerato;
- 3) spese per assistenza medica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), sostenute nei 90 giorni precedenti il ricovero o l'intervento ambulatoriale e nei 90 giorni successivi al termine del ricovero od alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché siano rese indispensabili dall'evento considerato.

In caso di ricovero in istituto di cura in day hospital non comportante intervento chirurgico e comunque non connesso a ciclo di cure od ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice, sono rimborsati esclusivamente gli oneri inerenti le spese effettivamente sostenute durante il periodo di degenza di cui ai punti 1) e 2) del comma che precede. In caso di ricovero in istituto di cura connesso a patologie di natura dentaria, sono rimborsati esclusivamente gli oneri relativi a rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente) e ai diritti di sala operatoria.

Sono equiparati ad intervento chirurgico i seguenti trattamenti:

- AGOBIOPSIE E BIOPSIE CHIRURGICHE (escluse in corso di accertamenti endoscopici);
- ANGIOPLASTICA;
- CORONAROGRAFIA;
- DRENAGGI DELLE VIE BILIARI;
- ENDOSCOPIE OPERATIVE;
- LAPAROSCOPIE DIAGNOSTICHE;
- LITOTRIPSIE AD ESCLUSIONE DI QUELLE OSTEO-ARTICOLARI;
- POSIZIONAMENTO E RIMOZIONE APPARECCHIO GESSATO O SIMILARE;
- RADIOLOGICA INTERVENTISTICA.

In caso di ricovero in istituto di cura per parto od aborto, od in caso di parto domiciliare assistito, la "Cassa" rimborsa sino a concorrenza dei massimali indicati al successivo art. 4, i seguenti oneri:

- a) spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria o per materiale di intervento;
- b) spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente), nonché spese per assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, cure, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) sostenute durante il periodo di ricovero o degenza, semprechè siano rese indispensabili dall'evento considerato;
- c) spese per l'assistenza al neonato durante la degenza.

Articolo 4

Gli oneri sostenuti in relazione agli eventi di cui all'art. 3 sono rimborsati sino a concorrenza del massimale annuo di € 78.000 per nucleo familiare.

Il massimale indicato al comma che precede e' raddoppiato esclusivamente per i Grandi Interventi Chirurgici ricompresi nell'elenco posto in calce alla presente Appendice.

Fermi restando i massimali previsti ai commi I e II, le spese relative agli eventi sottoindicati sono rimborsati con i seguenti limiti:

- in caso di intervento ambulatoriale € 5.200 per evento;
- in caso di parto cesareo o aborto € 7.800 per evento.
- in caso di parto non cesareo € 2.600 per evento;

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 fissa ed assoluta di € 468.

La franchigia di cui al comma precedente non si applica in caso di ricoveri connessi a gravidanza, parto, dialisi, diabete.

Per i beneficiari di età superiore a 65 anni i rimborsi relativi all'art. 3 sono effettuati previa detrazione della franchigia del 15% prevista all'art. 12, con un massimo a carico dell'iscritto comunque non superiore a € 5.200. Sulle sole spese effettivamente sostenute durante la degenza, tale franchigia non può essere complessivamente inferiore a € 936 per i ricoveri con intervento chirurgico ed a € 1.872 per i ricoveri senza intervento chirurgico.

Articolo 5

In caso di ricovero a termini dell'art. 3, fermi restando i massimali previsti dall'art. 4, commi I e II, sono rimborsati all'iscritto anche gli oneri di seguito indicati:

- spese per vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilita' ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito, con il limite giornaliero di € 52 e con un massimo per anno e per nucleo familiare di 20 giorni, raddoppiati in caso di Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice;
- spese per trasporto dell'assistito, se non a carico del Servizio Sanitario Nazionale:
 - . in ospedale o casa di cura (sia in Italia che all'estero), con autoambulanza, eliambulanza e similari, per motivi di urgenza;
 - . da ospedale o casa di cura al domicilio, unicamente per i pazienti trasportabili solo con mezzi sanitariamente attrezzati;con il limite massimo di € 1.040 per anno e per nucleo familiare;
- spese per assistenza infermieristica domiciliare nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero od all'intervento ambulatoriale, fino alla concorrenza dell'importo di € 26 giornalieri e per un massimo per evento di 90 giorni, raddoppiati, anche oltre il limite dei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero od all'intervento ambulatoriale, in caso di Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice.

Articolo 6

In caso di ricovero in istituto di cura, anche in day hospital, per eventi diversi da quelli previsti dai successivi artt. 7, 8, 13 che non comporti, per tale periodo, effettuazione di rimborsi da parte della "Cassa", fatta salva l'integrale erogazione degli oneri di cui all'art. 5, delle spese per assistenza infermieristica sostenute durante la degenza e delle spese di cui all'art. 3, comma I sub 3) - è corrisposta all'iscritto una indennita' di € 52 per ogni giorno intero di durata del ricovero, compreso il giorno di ingresso, per un massimo di 90 giorni per anno e per nucleo familiare.

In caso di ricovero, anche in day hospital, per eventi di cui ai successivi artt. 7 e 8 che non comporti, per tale periodo, effettuazione di rimborsi da parte della "Cassa", è corrisposta all'iscritto una indennità di € 52 per ogni giorno intero di durata del ricovero compreso il giorno di ingresso siano a concorrenza dei massimali annui per nucleo familiare stabiliti nei citati articoli.

In caso di parto l'indennita' prevista dal comma I compete al neonato solamente qualora la permanenza di quest'ultimo in istituto di cura sia dovuta a stato di malattia dello stesso.

Articolo 7

In caso di ricovero in istituto di cura per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti, sono rimborsati i relativi oneri sino a concorrenza del massimale annuo di € 1.040 per nucleo familiare.

A carico dell'iscritto rimane una quota pari al 30% della spesa sostenuta.

Articolo 8

In caso di ricovero in istituto di cura per interventi psicoterapeutici ovvero conseguenti a malattie di carattere psicosomatico sono rimborsati i relativi oneri sino a concorrenza del massimale annuo di € 780 per nucleo familiare.

A carico dell'iscritto rimane una quota pari al 30% della spesa sostenuta.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Articolo 9

Sono rimborsate le spese per:

- ANGIOGRAFIA (comprende ARTERIOGRAFIA);
- CHEMIOTERAPIA;
- DIALISI;
- DOPPLER/ECODOPPLER;
- ELETTROENCEFALGRAMMA;
- DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA (comprende quella a FIBRE OTTICHE);
- HOLTER;
- MIELOGRAFIA;
- MOC;
- RADIOTERAPIA (comprende COBALTOTERAPIA);
- RICERCHE GENETICHE PER MALFORMAZIONI FETALI (AMNIOCENTESI, PRELIEVO VILLI CORIALI, ecc.);
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN);
- SCINTIGRAFIA;
- TAC;
- TERAPIA INTERFERONICA.

I rimborsi di cui al presente articolo sono accordati fino a concorrenza del 10% dei massimali annui per nucleo familiare previsti dall'art. 4, commi I e II, con applicazione di una quota a carico dell'iscritto nella misura del 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate. Tale limitazione non si applica alle spese per dialisi.

Articolo 10

Sono rimborsate le spese relative a:

- onorari medici per visite specialistiche, analisi ed esami diagnostici (ad esclusione di quelli connessi a cure dentarie), sino a concorrenza del massimale annuo di € 520 per nucleo familiare, con una quota pari al 30%, con un minimo di € 36 per ogni visita, a carico dell'iscritto.
- cure e protesi conseguenti ad eventi considerati infortuni con il massimo di € 2.860 per anno e per nucleo familiare e con il limite di € 1.300 relativamente all'utilizzo di materiali preziosi e leghe speciali per protesi dentarie;
- protesi riparatrici, escluse dentarie ed ortodontiche, a seguito d'intervento chirurgico conseguente ad infortunio con il massimo di € 3.900 per anno e per nucleo familiare.

NORME FINALI ED ESCLUSIONI

Articolo 11

Le spese di cui agli artt. 3 - fatto salvo quanto disposto dal successivo comma III – 5, 7, 8, 9 e 10 sono liquidati nella misura dell'80% della somma spettante ed entro un massimo dell'80% dei massimali e dei limiti previsti dai medesimi articoli.

La liquidazione della quota non immediatamente erogata ha luogo entro il 30 giugno dell'anno successivo a seguito dell'approvazione del bilancio e sulla base del risultato di esercizio della 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, al netto degli eventuali accantonamenti deliberati dai competenti Organi della "Cassa", fatto salvo quanto previsto all'art. 23, comma II, alinea 5.

Le spese di cui all'art. 3, limitatamente a ricoveri in istituto di cura con intervento chirurgico, anche in regime di day hospital, nonché ad interventi chirurgici ambulatoriali, entrambi effettuati in forma totalmente convenzionata, sono liquidate nella misura del 90% della somma spettante ed entro un massimo del 90% dei massimali e dei limiti previsti all'art. 4, commi I e II. La liquidazione della residua quota è effettuata - con priorità di erogazione rispetto alle altre prestazioni contemplate dalla presente Appendice - nei termini e con le modalità indicati nel comma precedente.

La quota non immediatamente erogata riferita a spese connesse ad eventi di cui all'art. 3 non può comunque superare l'importo di € 7.800.

Sono escluse dall'applicazione di qualsiasi franchigia e dalle disposizioni contemplate dal comma I le spese connesse ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice. Sono parimenti escluse le quote di partecipazione alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (ticket) nonché quanto previsto dall'art. 6.

Articolo 12

Per gli iscritti di età superiore a 65 anni gli oneri sostenuti per le prestazioni di cui alla presente Appendice, ad eccezione di quelli sostenuti per il pagamento delle quote di partecipazione alle spese del Servizio Sanitario Nazionale (ticket) nonché di quanto previsto all'art. 6, sono liquidati previa detrazione della franchigia percentuale sulle spese effettivamente sostenute e documentate, aggiuntiva di ogni altra riduzione di rimborso, nella misura del 15%.

L'età di riferimento per l'applicazione delle franchigie contemplate dal comma che precede, è quella della data dell'evento.

Articolo 13

Non sono rimborsate spese sostenute né sono corrisposte le indennità di cui all'art. 6 della presente Appendice per:

- cure o applicazioni o chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del terzo anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio o conseguenti ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice, anche oltre il termine di cui all'art. 3, comma I, n. 3);
- cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico); di proprie azioni delittuose; dell'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore, in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; della partecipazione a titolo professionale e comunque non dilettantistico, a competizioni sportive, comprese le relative prove;
- cura di malattie mentali nei casi in cui diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- cure termali;
- medicinali (ad eccezione di quanto previsto all'art. 3);
- interventi per la correzione della miopia, dell'astigmatismo, dell'astigmatismo miopico, della presbiopia e dell'ipermetropia.

RIMBORSI

Articolo 14

Le prestazioni sono liquidate dietro presentazione, in originale ed unitamente al modulo di richiesta, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, accompagnate, in caso di ricovero, dalla cartella clinica.

La documentazione deve essere intestata all'iscritto o ad un suo familiare; il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'iscritto.

La documentazione ricevuta è restituita all'iscritto, previa stampigliatura dell'avvenuta presentazione al rimborso

Articolo 15

A fini di rimborso ogni prestazione deve essere prescritta e certificata da un medico, con l'indicazione della patologia sofferta o presunta e deve essere effettuata da medico o presso struttura clinica, fatta eccezione per le spese infermieristiche, ostetriche e per quelle fisioterapiche e rieducative.

L'indicazione della patologia non è richiesta in caso di certificazione di prestazioni erogate presso strutture pubbliche, nonchè in presenza di specifica prescrizione del Servizio Sanitario Nazionale e delle prestazioni specialistiche di cui all'art. 9.

Articolo 16

Gli oneri economici sostenuti dagli iscritti sono rimborsati ogni qual volta raggiungano, in somma, almeno l'importo di € 30 ovvero, ove non si pervenga a tale cifra, a seguito di istanza avanzabile dal mese di ottobre dell'anno di competenza.

La documentazione di cui all'art. 14, comma I, con data dell'anno di competenza deve essere presentata al rimborso inderogabilmente entro il termine ultimo di pervenimento del 31 marzo dell'anno successivo ed è liquidata con le seguenti modalità:

- 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 sul computo dei 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. 11 della presente Appendice.
- 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 prodotta oltre il termine ultimo di pervenimento fissato dal comma precedente non comporta rimborsi.

Articolo 17

I rimborsi della "Cassa" sono effettuati a far tempo dal 1° gennaio 2002, in Euro. Ove i rimborsi riguardino prestazioni sanitarie intervenute in Paesi con valuta diversa dall'Euro e' applicato il cambio previsto per il Personale della "Banca" del giorno in cui e' stato effettuato il pagamento della prestazione oggetto di rimborso.

Articolo 18

Qualora fosse accertata, in corso di esercizio, l'incapienza dei fondi ai fini dell'erogazione delle prestazioni di cui alla presente Appendice, le Parti Sociali debbono incontrarsi per valutare la praticabilità di proseguire, nel successivo esercizio, l'attività della "Cassa" a favore dei soggetti di cui all'art. 4, comma II, dello Statuto.

ELENCO GRANDI EVENTI PATOLOGICI

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Ablazione transcateretere

Angioplastica coronarica vasi multipli con o senza trombolisi comprensiva dell'eventuale stand-by cardiocirurgico ed eventuale applicazione di stents

Angioplastica coronarica vaso singolo con o senza trombolisi comprensiva dell'eventuale stand-by cardiocirurgico ed eventuale applicazione di stents

CARDIOCHIRURGIA

Bypass aorto coronarico multipli compresa eventuale coronarografia completa (C.E.C.)

Bypass aorto coronarico singolo compresa eventuale coronarografia completa (C.E.C.)

Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta o neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.)

Commisurotomia per stenosi mitralica

Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per

Pericardiectomia totale

Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)

Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarici (C.E.C.)

Valvuloplastica cardiocirurgica

CHIRURGIA GENERALE

- COLLO

Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale

Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale

- **ESOFAGO**
 Deconnessione azygos-portale per via addominale
 Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per
 Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
 Esofago, resezione parziale dell' , con esofagostomia
 Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
 Fistola esofago-tracheale, intervento per
 Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica

- **STOMACO, DUODENO, INTESTINO TENUE**
 Dumping syndrome, interventi di riconversione per
 Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)
 Gastrectomia parziale (compresa eventuale linfadenectomia)
 Gastrectomia totale con linfadenectomia
 Intestino, resezione dell' (comprese eventuali stomie)
 Megacolon, intervento per

- **COLON, RETTO**
 Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia
 Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
 Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
 Emicolectomia destra con linfadenectomie
 Emicolectomia sinistra con linfadenectomie ed eventuale colostomia (hartmann ed altre)
 Incontinenza anale, intervento per
 Procto-colectomia totale con pouch ileale
 Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia

- **PERITONEO**
 Tumore retroperitoneale, exeresi di

- **FEGATO E VIE BILIARI**
 Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
 Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
 Deconnessione azygos-portale per via addominale
 Resezioni epatiche maggiori
 Resezioni epatiche minori
 Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale
 Vie biliari, reinterventi

- **PANCREAS**
 Derivazioni pancreatico-Wirsung digestive
 Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
 Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
 Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)

CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE

Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale

Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale

Fratture dei mascellari terapia chirurgica di

Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia, laterodeviazioni mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sul mascellare superiore o sulla mandibola (trattamento completo)

Mandibola, resezione parziale per neoplasia della

Mascellare superiore per neoplasie, resezione del

Ricostruzione con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari

CHIRURGIA PEDIATRICA

Atresia dell'ano: abbassamento addomino-perineale

Atresia dell'ano: operazione perineale

Atresie vie biliari, esplorazioni

Ernia diaframmatica di Bochdalek

Ernia diaframmatica di Morgagni

Esofago (trattamento completo), atresia o fistole congenite dell'

Megacolon, intervento per

Ureterocistostomia bilaterale

Ureterocistostomia monolaterale

CHIRURGIA TORACO-POLMONARE

Bilobectomy, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)

Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per

Fistole esofago-bronchiali, interventi di

Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate

Neoplasie maligne coste e/o sterno (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)

Neoplasie maligne della trachea (compresa plastica ed eventuale linfadenectomia e/o biopsia)

Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)

Pleuropneumectomia (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)

Pneumectomia, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)

Resezione bronchiale con reimpianto

Resezione segmentaria o lobectomia, (comprese eventuali linfadenectomie)

Resezioni segmentarie atipiche (comprese eventuali linfadenectomie)

Timectomia

Toracoplastica, primo tempo

Toracoplastica, secondo tempo

CHIRURGIA VASCOLARE

Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
Aneurismi arterie distali degli arti, resezione e/o trapianto
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio
By-pass aorto-renale o aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale
Elefantiasi degli arti
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava
Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca
Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

GINECOLOGIA

Eviscerazione pelvica
Fistole ureterovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)
Fistole vescicovaginali o rettovaginali, intervento per
Incontinenza urinaria, intervento per via vaginale o addominale
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparoscopica o laparotomica o per via vaginale, intervento di
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero
Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

NEUROCHIRURGIA

Adenoma ipofisario, intervento per via transfenoidale
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
Cranioplastica
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per
Epilessia focale, intervento per
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
Laminectomia per tumori intramidollari
Malformazione aneurismatica intracranica (aneurismi sacculari, aneurismi carotidei, altri aneurismi)
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
Stereotassi, intervento di
Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
Tumori della base cranica, intervento per via transorale
Tumori orbitari, intervento per

OCULISTICA

Iridocicloretrazione
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi
Trabeculectomia
Trapianto corneale a tutto spessore
Vitrectomia anteriore o posteriore

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Artrodesi vertebrale per via anteriore
Artrodesi vertebrale per via posteriore
Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
Artrodesi: grandi articolazioni
Artroprotesi spalla, totale
Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo): intervento per rimozione e riposizionamento eseguito in un tempo successivo al primo ricovero
Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo): intervento per rimozione e riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento, comprensivo dell'intervento principale di artroprotesi d'anca totale (ovvero non si sommano)
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)
Artroprotesi: ginocchio
Disarticolazione interscapolo toracica
Emipelvectomia
Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
Ernia del disco dorsale per via transtoracica
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
Osteosintesi grandi segmenti
Osteosintesi vertebrale
Tumori ossei e forme pseudo tumorali grandi segmenti o articolazioni, asportazione di

OTORINOLARINGOIATRIA

Petrositi suppurate, trattamento delle
Adduttori, intervento per paralisi degli
Antroatticotomia con labirintectomia
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidea
Atresia auris congenita completa
Atresia auris congenita incompleta
Cordectomia con il laser
Fibroma rinofaringeo
Laringectomia parziale
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale bilaterale
Laringofaringectomia totale
Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)

Lingua e pavimento orale intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare
Lingua e pavimento orale intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario
Mastoidectomia radicale
Neoplasie parafaringee
Nervo vestibolare, sezione del
Neurinoma dell'ottavo paio
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per
Parotidectomia parziale
Parotidectomia totale
Petrosectomia
Timpanoplastica con mastoidectomia
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di
Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

UROLOGIA

Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
Estrofia vescicale (trattamento completo)
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per
Incontinenza urinaria in donna, intervento per via vaginale o addominale
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
Nefrectomia polare
Nefrolitotripsia percutanea bilaterale
Nefrolitotripsia percutanea monolaterale
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di
Nefroureterectomia radicale con trattamento trombo cavale (compresa surrenectomia)
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomie, (qualsiasi accesso e tecnica)
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena e/o posteriore membranosa
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa
Ureterocistoneostomia bilaterale
Ureterocistoneostomia monolaterale
Ureterocistoneostomia non continente
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)
Vescicoplastica antireflusso bilaterale
Vescicoplastica antireflusso monolaterale

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.

MALATTIE GRAVI

Si considerano "Malattie Gravi" le seguenti patologie:

- neoplasie maligne, inclusa la leucemia;
- infarto del miocardio;
- ictus cerebrale;
- pancreatite acuta;
- anemia aplastica;
- encefalite acuta;
- paralisi conseguente ad infortunio;
- ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione;
- sclerosi multipla o a placche;
- AIDS;
- distrofia muscolare;
- morbo di Parkinson.

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

Articolo 1

La contribuzione ad efficacia differita di cui all'art. 17, commi I e II, dello Statuto è contabilizzata in accantonamenti individuali, annualmente rivalutati al tasso di rendimento della gestione patrimoniale.

Articolo 2

Gli iscritti di cui all'art. 17, comma II, dello Statuto sono vincolati a mantenere l'iscrizione contemplata all'art. 4, comma II, dello Statuto per almeno quattro anni dopo quello di cessazione del rapporto di lavoro.

Il vincolo è attivato qualora le disponibilità accumulate coprano almeno un'annualità piena degli oneri previsti all'art. 15, comma I.

Articolo 3

Scaduto il vincolo previsto dall'art. 2 della presente Appendice, qualora l'iscritto non intenda proseguire nell'iscrizione alla "Cassa", l'eventuale residuo accantonamento individuale è rimborsato all'interessato stesso od ai suoi aventi causa nel corso dell'anno successivo a quello di cessazione dall'iscrizione, con valuta 1° marzo e senza remunerazione alcuna per il bimestre precedente.

Articolo 4

In caso di cessazione del rapporto di lavoro con il "Sanpaolo" in assenza delle condizioni prescritte dall'art. 4, comma II, dello Statuto, l'accantonamento individuale di cui all'art. 17, comma I, dello Statuto formato ai sensi dell'art. 1 della presente Appendice, è rimborsato all'iscritto od ai suoi aventi causa nel corso dell'anno successivo a quello di cessazione dell'iscrizione, con valuta 1° maggio, senza remunerazione alcuna per il quadrimestre precedente e con decurtazione del 5%, fatto salvo il diritto all'integrale restituzione delle contribuzioni versate.

APPENDICE N. 4

LIVELLI MINIMI DI ASSISTENZA PER GLI ADERENTI DI CUI ALL'ART. 4, COMMA VII

POLIZZA PER IL PERSONALE DELLE SOCIETA' PARTECIPATE

PRESTAZIONI OSPEDALIERE (con o senza intervento chirurgico)

Spese per ricovero in Istituto di cura per infortunio e malattia, intervento chirurgico ambulatoriale, parto (cesareo o fisiologico), aborto terapeutico:

- onorari per soggetti partecipanti all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento
- spese per assistenza medica e infermieristica, cure, medicazioni, esami/accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero e degenza
- spese per assistenza medica e infermieristica, cure, medicazioni, esami/accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici/riabilitativi sostenute nei 90 gg. precedenti/successivi al ricovero
- retta di degenza max € 260/gg.
- assistenza al neonato per max 90 gg.
- spese per il trasporto dell'assicurato in ospedale/casa di cura/domicilio fino al massimo di € 1.040/anno e per nucleo familiare
- spese per assistenza infermieristica domiciliare nei 90 gg. successivi al ricovero, max € 26/gg per max 30 gg.
- oneri per vitto/pernottamento, nell'Istituto di cura, di un accompagnatore dell'assicurato con limite giornaliero di € 52 per max 20 gg./anno e per nucleo familiare
- indennità sostitutiva di € 104/gg. per ricovero in struttura pubblica senza fruizione di pagamenti integrativi per max 45 gg./anno

Massimale

annuo per nucleo familiare € 78.000 (grandi interventi € 156.000), di cui:

- per intervento ambulatoriale €5.200
- per parto cesareo o aborto € 7.800
- parto non cesareo € 2.600

Franchigia (non applicata in caso di grandi interventi)

- per beneficiari di età sino a 65 anni:
10% (max € 2.080) ed un minimo di:
 - € 520 per ricoveri con intervento chirurgico
 - € 1.040 per ricoveri senza intervento chirurgico
- per beneficiari di età superiore a 65 anni:
20% (max € 4.160) ed un minimo di:
 - € 1.040 per ricoveri con intervento chirurgico
 - € 2.080 per ricoveri senza intervento chirurgico

PRESTAZIONI EXTRARICOVERO

SPESE ED ESAMI DI ALTA DIAGNOSTICA

Rimborso delle spese extraricovero sostenute non in connessione con un ricovero o un intervento in day-hospital per le seguenti prestazioni sanitarie rese necessarie dall'infortunio o dalla malattia denunciati:

- angiografia
- broncoscopia
- chemioterapia
- colonscopia
- dialisi
- duodenoscopia
- ecocardiografia/elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- esofagoscopia
- gastroscopia
- M.O.C. (mineralometria ossea computerizzata)
- R.M.N. (risonanza magnetica nucleare)
- radioterapia(compresa cobaltoterapia)
- scintigrafia
- T.A.C. (tomografia assiale computerizzata)
- telecuore
- urografia
- arteriografia
- doppler
- ecocolordoppler
- holter
- endoscopia
- laserterapia
- mielografia
- radionefrogramma
- ricerche genetiche per malformazioni fetali
- terapia interferonica
- xerografia

Massimale

La garanzia è prestata fino alla concorrenza dell'importo di € 2.600 per anno assicurativo e per nucleo, con l'applicazione di uno scoperto del 25% ed il minimo di € 52 per sinistro. Tale scoperto non si applica per chemioterapia, cobaltoterapia e dialisi e per il rimborso dei tickets governativi relativi alle prestazioni su elencate, sempre che di importo non inferiore a € 26.

VISITE SPECIALISTICHE (escluse dentarie),
analisi ed esami diagnostici

Massimale

annuo per nucleo familiare € 520

Franchigia

30% ed un minimo di € 52

Nell'ambito del massimale annuo sopra riportato, rimborso integrale dei tickets di partecipazione alla spesa del S.S.N., con esclusione dei farmaci, sempreché di importo non inferiore a € 26 (anche cumulativo).

SPESE PER CURE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Massimale

annuo per nucleo familiare € 2.600

Franchigia

25% ed un minimo di € 52

CURE DENTARIE, PROTESI ODONTOIATRICHE E PROTESI RIPARATRICI IN CONSEGUENZA DI INTERVENTO CHIRURGICO

Massimale

annuo per nucleo familiare € 2.600

Franchigia

25% ed un minimo di € 52

Per i beneficiari di età superiore ai 65 anni è applicata una franchigia aggiuntiva del 10% su tutte le prestazioni extraricovero.