



Fondo Integrativo Assistenza Malattia

**A TUTTI GLI ASSOCIATI**

**Circolare 3/2025**

**Oggetto: Contributi volontari ASA – anno 2026**

Informiamo gli Associati che fossero interessati ad effettuare versamenti volontari all'ASA nell'anno 2026, che possono scegliere tra le combinazioni di importo/cadenza riportate nel modulo allegato. **Il modulo, debitamente compilato e firmato, dovrà essere restituito e fatto pervenire alla Segreteria del Fondo (preferibilmente via mail) entro lunedì 15 dicembre 2025.**

La scelta effettuata impegnerà l'Associato per l'intero periodo, **NON** sarà pertanto possibile nel corso dell'anno chiedere la sospensione o la modifica dei versamenti in corso.

Ciascun Associato verifichi l'ammontare complessivo annuale dei propri flussi contributivi al Fondo con riferimento ai limiti di deducibilità fiscale previsti dall'art. 51 comma 2, lett. a) del Testo Unico Imposte sui Redditi (contributi di assistenza sanitaria versati ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale; attualmente € 3.615,20 annui, comprensivi dell'eventuale contribuzione aziendale).

È importante ricordare che:

- qualora, nei termini previsti, non pervenisse al Fondo il modulo allegato, si intende che **NON** vi è volontà di versamento del contributo volontario ASA per l'anno 2026;
- come da specifico Regolamento, i contributi versati all'ASA sono disponibili dal primo giorno del mese successivo al versamento, a valere sulle spese dell'anno in corso;
- il rimborso ASA è possibile solo se, al momento della richiesta di rimborso, la posizione individuale risulta capiente. **Il rimborso ASA di norma potrà essere richiesto una sola volta per la stessa fattura: contestualmente alla richiesta di rimborso ordinario oppure con una successiva richiesta di rimborso di integrazione solo ASA. Ricordiamo che nell'Area Riservata Associato è possibile visualizzare in tempo reale l'importo disponibile.**

La Segreteria del Fondo è a disposizione per qualsiasi chiarimento.

Cordiali saluti.

Fondo Integrativo Assistenza Malattia

FIAM

Il Presidente

Bergamo, 5 novembre 2025

**Alla cortese attenzione del**

**FIAM - Fondo Integrativo Assistenza Malattia**

**Via San Francesco d'Assisi, 8 - 24121 Bergamo**

**Cod. ufficio: H3974**

**mail: [fondo.malattia@bancobpm.it](mailto:fondo.malattia@bancobpm.it)**

**Oggetto: scelta del contributo individuale volontario all'ASA per l'anno 2026**

Il/La sottoscritto/a ..... matr. ....

Associato/a al Fondo Integrativo Assistenza Malattia, intende effettuare versamenti sulla propria posizione individuale ASA, per l'anno 2026, secondo la combinazione importo/cadenza di seguito indicato:

- ☐ Euro 20,00 mensili, da gennaio a dicembre 2026
- ☐ Euro 50,00 mensili, da gennaio a dicembre 2026
- ☐ Euro 100,00 mensili, da gennaio a dicembre 2026
- ☐ Euro 150,00 mensili, da gennaio a dicembre 2026
- ☐ Euro 200,00 in unica soluzione a gennaio 2026
- ☐ Euro 400,00 in unica soluzione a gennaio 2026
- ☐ Euro 600,00 in unica soluzione a gennaio 2026
- ☐ Euro 1.000,00 in unica soluzione a gennaio 2026
- ☐ Euro 1.500,00 in unica soluzione a gennaio 2026

Il/La sottoscritto/a autorizza il Banco BPM a fare la relativa trattenuta sul proprio cedolino paga, a partire dalla mensilità di gennaio 2026. In mancanza di cedolino paga, autorizza il FIAM ad addebitare il proprio conto corrente, secondo la combinazione scelta.

.....  
(firma Associato)

.....  
(luogo e data)

**da restituire al Fondo Malattia entro lunedì 15 dicembre 2025**