



Fondo Integrativo Assistenza Malattia

REGOLAMENTO

Assistenza Sanitaria Aggiuntiva

ARTICOLO 1 – DESTINATARI

L'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva (in seguito "ASA") è rivolta a tutti i Soci/Associati/Iscritti (in seguito "Destinatari"), iscritti a Forme di Assistenza Sanitaria del Gruppo Banco Popolare e ai loro familiari iscritti, che siano in regola con il versamento dei contributi.

ARTICOLO 2 – SCOPO

L'ASA è finalizzata a integrare e/o migliorare le prestazioni in materia di spese di assistenza sanitaria, socio-sanitaria, di prevenzione, cura e riabilitazione così come previste nel presente Regolamento, e costituisce pertanto un *plus* rispetto alla gestione ordinaria.

ARTICOLO 3 – GESTIONE SEPARATA

L'ASA è una gestione separata di bilancio e, conseguentemente, la gestione amministrativa, contabile e patrimoniale dell'ASA è distinta dalla gestione ordinaria.

ARTICOLO 4 – CONTRIBUTI

L'ASA è alimentata dai contributi versati sia dai Destinatari, sia dalle Aziende del Gruppo, questi ultimi secondo quanto previsto dalla contrattazione collettiva, ovvero da delibere o regolamenti Aziendali.

Entro il 1° gennaio di ogni anno i Destinatari comunicano l'importo dei contributi da versare all'ASA nell'ambito delle combinazioni importo/cadenza previste.

Per il 2014 la comunicazione avverrà entro il 30 giugno e sarà applicabile per i sei mesi successivi fino al 31 dicembre 2014.

I contributi versati, individuali e aziendali, potranno essere utilizzati, ai fini dei rimborsi delle spese di cui al presente Regolamento, dal primo giorno del mese successivo a quello del versamento, a valere dalle spese dell'anno in corso, fino al loro esaurimento.

La possibilità di versamento di contributi all'ASA viene meno nel caso in cui il Destinatario receda dalla propria Forma di appartenenza o sia escluso dalla stessa.

I Destinatari che cessino di appartenere per qualsiasi motivo alla Forma non hanno diritto al rimborso dei contributi versati.

ARTICOLO 5 – RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

Le spese sanitarie, socio-sanitarie, di prevenzione, cura e riabilitazione sostenute dal Destinatario, per sé o per i propri familiari iscritti, sono rimborsabili al 100%, in ogni caso nel limite massimo dei contributi versati all'ASA per ciascuno, di cui al precedente Articolo 4, al netto dei relativi rimborsi ricevuti.

I rimborsi di cui sopra, a fronte di indennizzi ricevuti da terzi (Compagnie di Assicurazione, Enti, Casse e Fondi, ecc.), o a fronte di altri rimborsi ricevuti dalla Forma di appartenenza, non potranno in ogni caso eccedere la spesa effettivamente sostenuta.

Sono spese rimborsabili:

- a) visite mediche specialistiche, accertamenti diagnostici, sedute psicoterapiche, e relativi ticket;
- b) trattamenti fisioterapici, riabilitativi e rieducativi a seguito di malattia o infortunio;
- c) medicinali elencati nella farmacopea ufficiale;
- d) cure dentarie (diagnostica, esami radiologici e strumentali, chirurgia, paradontologia, conservativa, protesi implantologia, ortognatodonzia);

- e) interventi chirurgici, anche ambulatoriali, parto cesareo, e rette di degenza in istituti di cura convenzionati e non convenzionati con il SSN;
- f) rette di degenza in case di riposo o in strutture di lungodegenza per beneficiario iscritto dichiarato invalido e percettore di indennità di accompagnamento;
- g) lenti e montature per occhiali, e lenti corneali;
- h) assistenza infermieristica, anche domiciliare, prestata da personale avente titolo professionale riconosciuto a seguito di interventi chirurgici, nei casi di gravi malattie invalidanti o cronicizzate, nelle fasi terminali di gravi malattie;
- i) assistenza domiciliare prestata da personale non esclusivamente infermieristico, (purché regolarmente iscritto all'INPS) per beneficiario iscritto dichiarato invalido e percettore di indennità di accompagnamento;
- j) protesi, ausili e presidi quali ortesi, presidi per la deambulazione, ausili e presidi per la locomozione o la respirazione, protesi acustiche, oculari, mammarie e ausili antidecubito, tecnologie assistive;
- k) spese di trasporto con ambulanza per motivi di urgenza, se non pagati dal SSN.

E' in ogni caso escluso il rimborso delle cure e degli interventi di natura estetica non conseguenti a infortuni, incidenti, malattie o malformazioni congenite.

Al fine del rispetto delle soglie previste dal DM "Sacconi" e/o eventuali successive modifiche in termini di risorse destinate alle prestazioni previste dal Decreto, il Consiglio di Amministrazione monitorerà periodicamente l'andamento dei rimborsi delle spese e potrà adottare ogni intervento necessario al rispetto delle suddette soglie.

Il Destinatario deve richiedere il rimborso delle spese sanitarie sostenute, per sé e per i propri Familiari iscritti, secondo le previsioni statutarie, utilizzando il modulo predisposto, entro tre mesi dalla data della prestazione, e comunque tassativamente entro il 20 gennaio dell'anno successivo a quello in cui le spese sono state sostenute.

Solo per il 2014 le spese sostenute dal 1° ottobre al 31 dicembre 2013 potranno essere presentate eccezionalmente fino al 20 febbraio 2014.

Si precisa inoltre che:

- a) I Destinatari potranno richiedere l'attivazione dell'ASA per tutte le spese sanitarie non rimborsate interamente attraverso la gestione ordinaria;
- b) I Destinatari potranno altresì richiedere l'attivazione dell'ASA mediante la presentazione di regolare documentazione di spesa sanitaria nominativamente intestata.

ARTICOLO 6 – CHIUSURA DELLE POSIZIONI

Le posizioni dei Destinatari costituite nell'ambito dell'ASA si intendono chiuse nei seguenti casi:

- a) In caso di decesso del Destinatario senza familiari superstiti iscritti, secondo le previsioni statutarie, (o in caso di decesso o uscita dalla Forma dell'ultimo familiare superstite iscritto); in tal caso l'eventuale corrispondente residuo ancora disponibile nell'ASA confluisce nel "*Fondo solidaristico*" di cui al successivo articolo 7;
- b) In caso di recesso o esclusione del Destinatario dalla Forma; in tal caso l'eventuale corrispondente residuo ancora disponibile nell'ASA confluisce nel "*Fondo solidaristico*" di cui al successivo articolo 7.

In caso di decesso del Destinatario, gli eventuali familiari superstiti iscritti, secondo le previsioni statutarie, possono utilizzare l'eventuale residuo ancora disponibile nell'ASA per i rimborsi delle spese di cui all'art. 5 fino ad esaurimento.

ARTICOLO 7 – RESIDUO DELLA GESTIONE ANNUA SEPARATA

I rendimenti annui delle giacenze e i residui di cui all'art. 6 confluiscono nell'apposito "*Fondo solidaristico*" all'interno della gestione separata, il cui utilizzo potrà essere deliberato dal Consiglio di Amministrazione per finalità solidaristiche, aventi carattere di assistenza sanitaria.