

ASSEMBLEA STRAORDINARIA DEL 20 FEBBRAIO 2014

RELAZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Egregi Soci,

la convocazione della presente Assemblea trae le proprie origini dall'accordo sindacale sottoscritto in data 3 ottobre 2013 tra il Banco Popolare e le Delegazioni Sindacali del Gruppo in tema di welfare. In tale intesa, con l'obiettivo di individuare soluzioni innovative nell'ambito del welfare integrativo al fine di massimizzare i benefici a favore dei dipendenti, è stata proposta alle Forme di Assistenza Sanitaria di Gruppo (FAS, Caspop e FIAM) la definizione di un progetto di "piano sanitario aggiuntivo", al fine di offrire appunto una copertura aggiuntiva rispetto a quella già presente nelle singole forme di assistenza, con modalità uguali per tutti.

Il percorso proposto dall'accordo era basato sulle seguenti linee guida:

- costituzione – a seguito di modifica statutaria – di una sezione separata in ciascuna delle tre forme di assistenza sanitaria di gruppo (FAS, Caspop e FIAM), con confluenza in tale sezione degli importi contributivi versati dall'Azienda (per il personale in servizio) e dagli iscritti;
- attivazione di una posizione personale individuale per ciascun Socio, che potrà utilizzare i contributi versati a tale sezione per il rimborso di spese sanitarie, proprie e dei propri familiari iscritti, in aggiunta a quelle ordinariamente rimborsate dal Fondo di appartenenza (ad es. per il rimborso di scoperti o franchigie o per spese eccedenti i massimali);
- durata pluriennale.

A seguito di tale accordo il Consiglio di Amministrazione del Fondo Assistenza, nella seduta del 15 ottobre 2013, ha deliberato di costituire, insieme alle altre forme di assistenza sanitaria del Gruppo (Caspop e FIAM), un Comitato Consortile composto da rappresentanti dei Consigli di tali forme, per approfondire e definire gli aspetti tecnici riguardanti l'adozione di tale piano sanitario aggiuntivo.

Il Comitato Consortile ha svolto gli approfondimenti tecnici previsti ed ha elaborato una proposta di norma di integrazione dello Statuto, uguale per tutte le forme di Assistenza di Gruppo, nonché il conseguente Regolamento dell'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva, da sottoporre all'esame dei Consigli di Amministrazione di FAS, Caspop e FIAM.

Nelle sedute del 6 novembre e 11 dicembre 2013, pertanto, il Consiglio di Amministrazione del Fondo Assistenza ha attentamente esaminato gli esiti degli approfondimenti svolti dal Comitato Consortile, nonché gli autorevoli pareri giuridici

e fiscali pervenuti a supporto di tale impianto, ed ha deliberato all'unanimità l'approvazione di quanto elaborato dal Comitato stesso.

Nella citata seduta del Consiglio dell'11 dicembre è stata quindi approvata l'allegata proposta di modifica statutaria da sottoporre all'Assemblea Straordinaria dei Soci del Fondo (articolo 17, con relativa nuova numerazione degli attuali articoli da 17 a 20, che prenderanno la numerazione da 18 a 21), con il conseguente Regolamento dell'Assistenza Sanitaria aggiuntiva, che andrà ad integrare l'attuale Regolamento del Fondo Assistenza. Per quanto riguarda l'articolo 20 dello Statuto (Norme di riferimento e disposizioni varie), ora rinominato articolo 21, si fa presente che le ultime due righe dello stesso (decorrenza dello Statuto dal 1° gennaio 2010) vengono eliminate, in quanto ormai temporalmente superate.

Il nuovo articolo dello Statuto (articolo 17 – Assistenza Sanitaria Aggiuntiva) è volto a migliorare le prestazioni attualmente previste a favore di tutti i Soci, sia dipendenti che pensionati (e loro familiari iscritti), attraverso la costituzione di una gestione separata di bilancio denominata "Assistenza Sanitaria Aggiuntiva" (più brevemente A.S.A.), disciplinata dallo specifico Regolamento, che costituisce normativa avente carattere speciale.

Caratteristiche salienti dell'A.S.A. sono le seguenti:

- si tratta di un meccanismo aggiuntivo all'assistenza sanitaria esistente, destinato a tutti i soci del Fondo, sia dipendenti che pensionati, finalizzato a integrare o migliorare le prestazioni "ordinarie" del Fondo;
- è costituito in forma di gestione separata di bilancio ed è alimentato da uno specifico flusso contributivo (aziendale, laddove previsto dalla contrattazione collettiva, e personale) distinto da quello "ordinario";
- i contributi versati all'A.S.A. verranno gestiti in monte dal Fondo e attribuiti alle posizioni individuali di ciascun socio, sia dipendente che pensionato; fiscalmente tali contributi rientrano, insieme a quelli "ordinari", nel plafond della contribuzione all'assistenza sanitaria di cui all'attuale art. 51, comma 2, lett. a) del TUIR (per cui non concorrono a formare reddito di lavoro dipendente nel limite complessivo di € 3.615,20 annui);
- i soci, contestualmente alla presentazione delle pratiche, potranno richiedere di utilizzare i contributi versati all'A.S.A. per il rimborso delle spese sanitarie indicate nel relativo Regolamento, fino a concorrenza della spesa sostenuta e nei limiti della contribuzione integrativa affluita sulla propria posizione A.S.A. (per la quota non rimborsata, in tutto o in parte, dalla gestione "ordinaria");
- i contributi non utilizzati per i rimborsi delle spese rimarranno a disposizione dei soci fino al loro completo utilizzo per detti rimborsi (in caso di decesso del

socio tali contributi potranno essere utilizzati per i rimborsi delle spese sanitarie dagli eventuali familiari iscritti superstiti);

- in caso di cessazione, per qualsiasi motivo, dal Fondo non è previsto il rimborso dei contributi versati;
- nei casi di recesso, esclusione dal Fondo o di decesso del socio senza familiari superstiti iscritti il residuo della posizione individuale ancora disponibile per l'A.S.A. – unitamente ai rendimenti annui delle giacenze – confluirà in un apposito Fondo Solidaristico all'interno della gestione separata, la cui destinazione sarà deliberata dal Consiglio di Amministrazione per finalità solidaristiche di assistenza sanitaria.

Si segnala che in data 27 dicembre 2013 le Parti firmatarie dell'Accordo 3 ottobre 2013 hanno concordato di ratificare il percorso seguito e le soluzioni individuate e che, coerentemente con l'accordo del 3 ottobre 2013, con le competenze del mese di dicembre 2013 le Aziende hanno erogato a favore dei soci in servizio al 30 novembre 2013 un contributo aziendale pro capite all'A.S.A. di € 163,38 (la cui utilizzabilità per il rimborso delle spese è ovviamente subordinata all'approvazione da parte della presente Assemblea).

L'A.S.A. potrà essere alimentata anche da contribuzioni individuali dei soci; a tal fine entro il 1° gennaio di ogni anno (30 giugno per il solo anno 2014) i soci dovranno comunicare l'importo di contribuzione individuale che intendano versare per quell'anno all'ASA, nell'ambito delle combinazioni di importo e scadenze previste dal Consiglio di Amministrazione; le modalità relative a tali eventuali versamenti saranno oggetto di specifiche, successive, istruzioni.

Il Consiglio ritiene che tale nuovo strumento costituisca una soluzione innovativa nell'ambito del welfare integrativo che possa utilmente e concretamente contribuire ad apportare benefici in materia di assistenza sanitaria, sia nei confronti dei soci dipendenti sia di quelli in quiescenza.

Pertanto si invita l'Assemblea ad approvare la proposta di modifica dello Statuto ed il conseguente Regolamento dell'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva (che andrà ad integrare l'attuale Regolamento della parte ordinaria Fondo), come proposti e qui allegati.

Contestualmente all'approvazione del nuovo articolo dello Statuto ed al Regolamento dell'A.S.A. il Consiglio, in considerazione del buon andamento del bilancio 2012 e delle positive previsioni di chiusura del 2013, ritiene di proporre alla presente Assemblea anche la seguente modifica della parte ordinaria del Regolamento:

- all'art. 3, Prestazioni, con decorrenza dal 1° gennaio 2014, alla lettera b), secondo alinea: "Trattamenti fisioterapici (anche riabilitativi e rieducativi) al di fuori dei casi di cui all'alinea precedente: 70% della spesa sostenuta (100% se ticket) con un massimale annuo di euro 700,00" (al posto dei precedenti euro 500,00).

Infine il Consiglio ha ritenuto di modificare, sempre con decorrenza dal 1° gennaio 2014, il Tariffario delle Prestazioni Odontoiatriche, accorpendo alcune voci e adeguando i massimali rimborsabili alle tariffe medie applicate dai dentisti. Il nuovo tariffario è allegato alle istruzioni 2014, che vengono contestualmente pubblicate sul sito (www.welfare.bancopopolare.it), e che contengono anche talune semplificazioni nella documentazione da presentare.

Con il complesso di tali previsioni si intende dare un segnale concreto di vicinanza alle esigenze sanitarie di tutti i soci del Fondo, migliorando le prestazioni erogate pur nel rispetto di una prudentiale gestione di bilancio, considerato il contesto economico prospetticamente incerto.

Con l'auspicio che il complesso di dette modifiche venga favorevolmente accolto si invita dunque l'Assemblea ad approvare sia le proposte di modifica dello Statuto sia le proposte di modifica al Regolamento (integrazione dell'attuale Regolamento con il Regolamento A.S.A. e modifica all'art. 3 del Regolamento - parte ordinaria per quanto riguarda il massimale rimborsabile per le fisioterapie).

Per il Consiglio di Amministrazione
Il Presidente
(Simona Filipello)

ARTICOLO STATUTARIO

Articolo 17 – Assistenza Sanitaria Aggiuntiva

In relazione alle mutate esigenze in materia di spese sanitarie ed al fine di migliorare le prestazioni previste a favore dei Soci viene costituita una gestione separata di bilancio, denominata “Assistenza Sanitaria Aggiuntiva”, distinta ad ogni effetto normativo, contabile e patrimoniale dalla gestione ordinaria.

La gestione separata è disciplinata dallo specifico Regolamento allegato che costituisce normativa avente carattere speciale relativamente all’Assistenza Sanitaria Aggiuntiva.

REGOLAMENTO

Assistenza Sanitaria Aggiuntiva

ARTICOLO 1 – DESTINATARI

L'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva (in seguito "ASA") è rivolta a tutti i Soci/Associati (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 sarà essere deliberato dal Consiglio di Amministrazione per finalità solidaristiche, aventi carattere di assistenza sanitaria.