



FONDO ASSISTENZA
FRA IL PERSONALE DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE

Regolamento della Gestione Separata ex CASPOP

In vigore dal 01/01/2026

Sommario

PREMESSA	3
ART. 1 COSTITUZIONE FINALITA' E DURATA	3
ART. 2 ADERENTI	3
ART. 3 PERDITA DELLA CONDIZIONE DI SOCIO	4
ART. 4 VARIAZIONI CONTRIBUTIVE	5
ART. 5 POTERI DI FIRMA	5
ART. 6 PIANO SANITARIO	5
ART. 7 CONTENUTO DEL PIANO SANITARIO	5
ART. 8 SALDO ATTIVO DELLA GESTIONE ORDINARIA ASSICURATIVA.....	6
ART. 9 NORME FINALI	6

PREMESSA

Il presente Regolamento è emanato in diretta attuazione dello Statuto del FAS e può essere modificato dal Consiglio di Amministrazione anche su proposta del Comitato di Gestione della Gestione Separata ex Caspop.

ART. 1 COSTITUZIONE FINALITA' E DURATA

In ottemperanza alle previsioni dell'Accordo sindacale del 30/07/2025. "Percorso armonizzazione welfare- ambito assistenza sanitaria", il Consiglio di Amministrazione nella seduta del ha istituito nel FAS la Sezione a Gestione Separata denominata "Gestione ex-Caspop", per un periodo transitorio durante il quale gli iscritti alla Cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare (di seguito per brevità "Cassa" o "Caspop") trasferiti a FAS sono destinatari di polizze assicurative loro dedicate a contraenza FAS.

Nell'ambito della predetta seduta, il Consiglio di Amministrazione ha altresì nominato un'apposita Commissione tecnica (cd. "Comitato di Gestione") per garantire continuità gestionale, presidio tecnico e stabilità operativa all'interno della gestione stessa e ha approvato il presente regolamento.

La "Gestione ex Caspop" è riferibile unicamente ai soggetti già aderenti alla Cassa al 31 dicembre 2025, come descritti al seguente art.2 e che non abbiano esercitato il diritto di recesso dal Fas entro il 31 gennaio 2026.

La Sezione inizierà ad operare dal primo gennaio 2026.

Il presente Regolamento entra in vigore il 01/01/2026 e ha durata correlata al periodo di vigenza della gestione separata stessa.

ART. 2 ADERENTI

Al fine di garantire ai soggetti già aderenti alla Cassa al 31.12.2025, trasferiti a FAS e che non abbiano esercitato il diritto di recesso entro il 31 gennaio 2026, le prestazioni assistenziali come indicato nei successivi art. 6 e 7, la Gestione gestisce i contributi, provvedendo alla loro utilizzazione, in via prevalente, in polizze assicurative eventualmente articolate su più livelli di prestazioni, curando che le diverse coperture sanitarie assicurative previste, rispettivamente, a favore degli associati in servizio (nonché di quelli aderenti a Fondo di Solidarietà) e di quelli pensionati vengano sottoscritte contemporaneamente e con la medesima compagnia di assicurazione. Le polizze assicurative hanno come contraente il FAS e come beneficiari gli aderenti, ivi compresi i componenti dei relativi nuclei, ed eventualmente altri familiari.

I beneficiari destinatari dei trattamenti assistenziali sanitari della Gestione Separata ex CASPOP sono:

NUCLEO BASE
<ul style="list-style-type: none">- Personale in servizio, in quiescenza, in Fondo di solidarietà aderenti a CASPOP al 31/12/2025- relativi coniugi- figli fiscalmente a carico anche non conviventi, questi ultimi fino al limite di età previsto dal Decreto Legislativo n. 185 del 21 aprile 2000 e Legge n. 236 del 1993 e successive modifiche (attualmente 35 anni), alla condizione che essi siano stati segnalati;- per figli si intendono anche i figli adottivi e quelli in affido pre-adottivo, con inclusione, senza limiti di età, dei figli invalidi al 100%. La copertura assicurativa dei figli a carico dell'aderente defunto prosegue entro il limite di età di 35 anni- Il Nucleo base è identificato - nella sua composizione - al momento dell'attribuzione della qualifica di socio (aderente) al dipendente (capo nucleo); e successivamente, in caso di variazione dello stato di famiglia dello stesso

NUCLEO INTEGRATO
<ul style="list-style-type: none"> - coniuge non a carico (ovvero convivente more-uxorio risultante da stato di famiglia) - figli non fiscalmente a carico - figli a carico oltre il limite di età di 35 anni - altri familiari fiscalmente a carico e non a carico, per i quali l'aderente abbia manifestato la volontà di includere nel nucleo assicurato detti familiari che, salvo il coniuge, devono risultare con lui conviventi
NUCLEO ALLARGATO
<ul style="list-style-type: none"> - figli degli aderenti, già compresi nel nucleo base o nel nucleo integrato, che non risultino più compresi in detti nuclei (base o integrato) dell'aderente, e per i quali l'aderente stesso abbia manifestato la volontà di proseguire la copertura assicurativa sanitaria, con l'obbligo di richiedere l'inclusione nel nucleo allargato anche degli eventuali coniuge e figli del figlio quali risultanti dal relativo stato di famiglia.”

Norma speciale per gli aderenti fra loro coniugi

L'aderente in servizio, in pensione, o aderente a Fondo di Solidarietà, ed il coniuge che risulti beneficiario delle prestazioni, possono congiuntamente optare per l'iscrizione di quest'ultimo nel "nucleo integrato" del primo in qualità di "coniuge non a carico"; permanendo tale situazione, lo status di aderente del "coniuge non a carico", e i correlati diritti associativi, sono sospesi.

Nella situazione di cui al capoverso che precede, in caso di separazione legale o di cessazione degli effetti civili del matrimonio, cessa la sospensione, e si ripristinano i diritti/doveri associativi correlati.

ART. 3 PERDITA DELLA CONDIZIONE DI SOCIO

La perdita della condizione di Socio avviene per le causali di seguito indicate.

- a) Risoluzione del rapporto di lavoro: in caso di cessazione dal servizio senza diritto a trattamento di quiescenza (fatto salvo il diritto di coloro che aderiscono a Fondo di Solidarietà) il rapporto associativo, e la relativa condizione di Socio, cessano con effetto immediato, mentre il diritto a fruire delle prestazioni del Fondo viene meno al termine dell'esercizio. La perdita della condizione di Socio non comporta in alcun caso rimborsi, anche parziali, di somme versate dallo stesso per sé o per i familiari, nonché del contributo datoriale, fermo restando inoltre l'obbligo di versare quanto eventualmente ancora dovuto al Fondo.
- b) Venir meno dell'applicabilità degli accordi collettivi: in caso di fuoriuscita dal Gruppo dell'azienda, o ramo di azienda di appartenenza (salvo l'assunzione di eventuali accordi aziendali), il rapporto associativo e la relativa condizione di Socio, cessano con effetto immediato mentre il diritto a fruire delle prestazioni del Fondo viene meno al termine dell'esercizio; la perdita della condizione di Socio non comporta in alcun caso rimborsi, anche parziali, di somme versate dallo stesso per sé o per i familiari, nonché del contributo datoriale, fermo restando inoltre l'obbligo di versare quanto eventualmente ancora dovuto al Fondo.
- c) Recesso: esso va comunicato al Fondo, secondo le modalità previste, nel termine di sei mesi prima della data di scadenza della copertura assicurativa in corso. Esclusivamente nel caso di modificazione delle condizioni di copertura assicurativa - per variazione dei costi o delle prestazioni - ai Soci che siano in pensione, aderenti al Fondo di solidarietà e superstiti è consentito il recesso nel termine di 15 giorni dalla data di comunicazione delle nuove condizioni, salvo diverso termine specificamente stabilito dal Consiglio di Amministrazione.
- d) Altre causali previste dagli artt. 8, 9, 10 e 11 dello Statuto del FAS.

Mancata opzione per prosecuzione del rapporto assistenziale in caso di decesso dell'aderente: i familiari continuano a fruire delle prestazioni sino al termine dell'esercizio nel quale il decesso è avvenuto, fatto salvo l'eventuale subentro nella titolarità del rapporto di adesione da richiedersi, a pena di decadenza, entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del Fondo con l'offerta di subentro.

ART. 4 VARIAZIONI CONTRIBUTIVE

Il Consiglio di Amministrazione, su proposta del Comitato di Gestione, stabilisce le contribuzioni a carico delle varie categorie di beneficiari, ferme restando le misure delle contribuzioni aziendali definite negli Accordi Sindacali e/o nei Regolamenti aziendali.

ART. 5 POTERI DI FIRMA

Ferme le determinazioni che dovranno essere assunte dal liquidatore della forma Caspop ed in assenza di diversa determinazione del Consiglio di Amministrazione, tutte le disposizioni di pagamento rivenienti dalla Gestione Separata ex Caspop, esclusivamente con la finalità di assolvere alle stesse con continuità, potranno avvenire secondo le modalità in uso presso il Fondo.

ART. 6 PIANO SANITARIO

I piani sanitari di assistenza predisposti hanno di norma durata corrispondente a quella dell'esercizio (1 anno solare) e vanno portati tempestivamente a conoscenza dei Soci. Per ciascun Socio, essi hanno durata corrispondente a quella dell'esercizio

I piani possono prevedere misure integrative di contribuzione correlate a più elevati contenuti facoltativi delle prestazioni, avendo cura di salvaguardare il mantenimento dell'equilibrio finanziario delle linee di polizza al fine di evitare sperequazioni.

Al fine di dare stabilità ai compatti assicurativi, le eventuali richieste di variazione da parte dei soci, volte sempre e comunque a conseguire il piano sanitario di livello superiore, devono essere regolate da specifica delibera del Consiglio di Amministrazione, fermo che, in tutti i casi, non può essere prevista la possibilità di ritorno a livelli inferiori di copertura, salvo che al momento del pensionamento.

Norma transitoria: in sede di prima applicazione per i soli attivi ex Caspop è prevista¹, ad esito del trasferimento delle relative posizioni in FAS, la possibilità di chiedere di aderire all'altra polizza disponibile fra Unificata e Superiore.

ART. 7 CONTENUTO DEL PIANO SANITARIO

Le prestazioni della Gestione Separata ex CASPOP hanno ad oggetto:

- rimborso spese per prestazioni sanitarie;
- prestazioni in regime di assistenza diretta presso strutture convenzionate
- indennità sostitutive in caso di ricoveri,
- prestazioni di "long term care"
- eventuali ulteriori prestazioni, sanitarie e socio sanitarie, secondo le modalità previste dalla normativa legale pro-tempore vigente secondo le determinazioni tempo per tempo assunte dal Consiglio di Amministrazione.

¹ In base a quanto previsto dall'art. 3.1 dell'accordo sindacale del 30.07.25

Il Fondo può delegare a CASDIC, (Cassa Nazionale di Assistenza per il Personale Dipendente del Settore del Credito) e ad altre Casse, mediante apposite convenzioni, l'erogazione di specifiche prestazioni.

ART. 8 SALDO ATTIVO DELLA GESTIONE ORDINARIA ASSICURATIVA

Dal 1° gennaio 2026 il patrimonio residuo riveniente dal Fondo gestione ordinaria (assicurativa) e i relativi eventuali saldi attivi risultanti dagli esercizi annuali vengono destinati alla corrispondente gestione separata del bilancio del FAS, in apposita sezione separata e distinta riferibile solo agli iscritti Caspop e trasferiti a FAS, da utilizzare solo a favore di detta platea.

ART. 9 NORME FINALI

Per quanto non previsto in questo Regolamento, ci si deve attenere allo Statuto e agli altri Regolamenti del Fas.