UILCA GRUPPO MPS FOCUS

ANNO III — NUMERO 2 GEN-MAR 2013

In questo numero parliamo di...

ASSISTENZA SANITARIA e TFR... *in pillole*

Carissime Iscritte,
Carissimi Iscritti,

in questo numero di ***UILCA Gruppo MPS Focus,*** viene proposta una sintesi delle circolari aziendali che trattano in maniera approfondita la materia dell'assistenza sanitaria ai Dipendenti della Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A. **Si raccomanda in ogni caso, per completezza di informazioni, una lettura integrale della normativa di riferimento.**

In apertura, ampio spazio è dedicato al **programma di rimborso per le spese mediche** sostenute dai Lavoratori, nell'anno solare in corso, tramite la cassa sanitaria **CASPIE**. Tale programma si rivolge anche ai familiari che sono inseriti nel "Programma di Assistenza". (D1557)

Il secondo argomento trattato riguarda la modalità di inserimento delle richieste di rimborso direttamente dal portale **www.caspieonline.it**. Tale processo consente di velocizzare l'invio delle pratiche direttamente alla Cassa, tramite la scannerizzazione delle ricevute di spesa.

A conclusione, si propone il comunicato edito dai Coordinamenti RSA sulla **modifica dell'imponibile TFR e della contribuzione volontaria,** la cui eventuale variazione attraverso i canali informatici già utilizzati nelle precedenti occasioni, **sarà limitata al mese di marzo 2013, con effetto dal primo giorno del mese successivo a quello della richiesta, ovvero dal mese di aprile 2013**.

Un prospetto delle **Performance delle Linee di investimento mobiliare al 31 gennaio 2013** è presentato nell'ultima pagina di questa pubblicazione.

Buona lettura.

Benedetta Sabatini
Comitato di Redazione

SOMMARIO:

Editoriale di B. Sabatini	1
Programma di rimborso spese mediche per i Dipendenti della banca	2
Prestazioni	3
Prestazioni relative al sotto-fondo destinato al personale in servizio	4
Prestazioni relative al sotto-fondo vincolato per cure dentarie	9
Nucleo familiare assistito	11
Utilizzo strutture sanitarie convenzionate con CASPIE	13
Presentazione delle richieste di rimborso	14
Portale www.caspieonline.it	15
Modifica imponibile TFR e contribuzione volontaria	20
Performance delle Linee di investimento mobiliare al 31 gennaio 2013	21

Programma rimborso spese mediche per i Dipendenti della banca

Documento 1557 Normativa Aziendale Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A.

Si sintetizzano le caratteristiche del "Programma di Rimborso Spese Mediche (RSM)" adottato dalla Banca MPS a decorrere dal **1 gennaio 2013.**

Tale programma si rivolge a:

Quadri Direttivi di 3° e 4° livello
Quadri Direttivi di 1° e 2° livello ed alla 1a, 2a e 3a Area Professionale

I Dirigenti ed il personale in quiescenza ricevono comunicazione specifica.

RIFERIMENTI OPERATIVI TELEFONICI E INTRANET

CASSA SANITARIA CASPIE: NUMERO VERDE 800254313
TASTO 1 assistenza medica d'urgenza, attivo 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
TASTO 2 informazioni sulle richieste di rimborso: lun - ven 9:00-13:00 e 15:00-17:00
TASTO 3 informazioni **sulla normativa assistenziale:** lun - ven 9:00-13:00
TASTO 4 informazioni sulla "RETE" di Strutture e Operatori Sanitari in convenzione con la CASPIE: lun - ven 9:00-13:00 e 15:00-17:00

Servizio Amministrazione Risorse Umane: inserimento nella polizza del nucleo familiare dell'assistito: **0577 - 29.9392 – 29.3418 - 29.4256.**

www.caspieonline.it (é necessaria la registrazione)
- consulto delle pratiche inviate, dei massimali residui, del nucleo familiare assistito e la normativa di riferimento
- modifica del proprio indirizzo al quale far recapitare dalla CASPIE le eventuali comunicazioni nonché le coordinate del conto corrente sul quale accreditare i rimborsi

INTRANET aziendale
- menu principale dell'Intranet della Banca
- canale "**RISORSE UMANE**" [dipendenti per i quali è attivato il portale "Consorzio Operativo Gruppo MPS" devono accedere al portale della Capogruppo Bancaria che si trova sotto "Gruppo Montepaschi"]
- "**Servizi ai dipendenti**" - "**Programma Rimborso Spese Mediche**".

E' possibile visionare:
- **posizione:** per comunicare e verificare il nucleo familiare assistito
- **documentazione:** contiene il testo della presente comunicazione e il modulo di richiesta di rimborso; si trova un apposito link per consentire il collegamento al sito www.caspieonline.it

Programma rimborso spese mediche per i Dipendenti della banca

Il Programma RSM si basa sulla modalità dell'auto assicurazione

Autoassicurazione = prestazioni erogate entro le sole disponibilità finanziarie destinate allo scopo all'inizio di ciascuna annualità e secondo quanto previsto dalla norma

Sono state introdotte, dal 2011, anche le **prestazioni odontoiatriche** (c.d. Decreto Sacconi)

Le prestazioni saranno garantite tramite un **Fondo auto-gestito** e attuato tramite la Cassa Sanitaria CASPIE, regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi, Casse, enti e società di mutuo soccorso.

Le ***disponibilità*** del Fondo sono costituite:
- dalle somme versate dalla Banca per singola categoria del personale in servizio e in quiescenza;
- contributo per i familiari non a carico;
- quota a carico del personale in quiescenza.

Il Fondo è suddiviso nei seguenti ***quattro sotto-fondi***:
- Personale in servizio, comprensivo dei familiari non a carico;
- Fondo vincolato destinato ai rimborsi delle spese per cure dentarie del personale in servizio;
- Personale in quiescenza, comprensivo dei familiari non a carico;
- Fondo vincolato destinato ai rimborsi delle spese per cure dentarie del personale in quiescenza.

L'intero ammontare, al netto delle sole "spese gestionali", sarà destinato ai rimborsi.
I sotto-fondi sono autonomi fra loro ai fini di eventuali riparti e non è previsto alcun meccanismo di compensazione.

Gli importi destinati per le cure dentarie negli specifici Fondi vincolati non potranno essere utilizzati per il rimborso di tipologie di spese diverse.

L'andamento dei Fondi sarà soggetto a ***verifiche periodiche*** ai fini della salvaguardia dell'equilibrio economico in coerenza con le regole di gestione del sistema di autoassicurazione.

PRESTAZIONI

Il Programma prevede il pagamento delle spese per cure mediche sostenute a causa di una malattia o di un infortunio:

"malattia" ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

"infortunio" ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

NON RIENTRANO NELLA COPERTURA
- visite, accertamenti e quant'altro concernenti la medicina preventiva, ad eccezione di quanto indicato a pagina 7;
- visite, accertamenti e quant'altro inerenti il seguimento di normali stati fisiologici (gravidanza, andropausa, menopausa, familiarità, ecc.).

Programma rimborso spese mediche per i Dipendenti della banca

PRESTAZIONI RELATIVE AL SOTTO-FONDO DESTINATO AL PERSONALE IN SERVIZIO

A) Ospedaliere

1) **in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital:**

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;

- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;

- rette di degenza;

- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 150 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;

- protesi applicate in conseguenza dell'intervento chirurgico.

2) **in caso di ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico:**

- accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali riguardanti il periodo di ricovero;

- rette di degenza;

- accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero e nei 90 giorni successivi e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

3) **in caso di parto fisiologico:**

- rette di degenza, accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali riguardanti il periodo di ricovero con il limite assistenziale di € 1.550,00 da intendersi come massimale annuo per nucleo familiare.

4) **vengono rimborsate, in caso di ricovero, le spese sostenute a fronte di:**

- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito infermo senza alcun limite di importo giornaliero con un massimo di 30 giorni da intendersi come massimale annuo per nucleo familiare per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta con la CASPIE (sia struttura sanitaria che équipe medica) e con il limite giornaliero di € 52,00 per tutti gli altri ricoveri, fermo restando il limite di 30 giorni massimale annuo per nucleo familiare.

- trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura e ritorno effettuato con ambulanza, aereo sanitario od unità coronarica mobile con il limite assistenziale di € 1.550,00, da intendersi come massimale annuo per nucleo familiare.

Queste prestazioni sono operanti anche in caso di Day Hospital con intervento chirurgico.

In caso di Day Hospital senza intervento, saranno operanti solamente per le terapie dovute alle patologie per le quali è previsto il raddoppio del massimale.

Programma rimborso spese mediche per i Dipendenti della banca

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, la CASPIE provvederà a rimborsare all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

Il rimborso è effettuato detraendo una **franchigia fissa di € 750,00**, a **carico del dipendente;** la franchigia non viene applicata:
- per i casi in cui è previsto il raddoppio del massimale
- per i casi di ricoveri in regime di convenzione con CASPIE: casa di cura ed Equipe medica convenzionate.

Le spese sostenute per gli **interventi chirurgici ambulatoriali** vengono rimborsate con una **franchigia fissa di € 350,00**, la franchigia non viene applicata:
- per i casi in cui è previsto il raddoppio del massimale
- per i casi di convenzione con CASPIE: casa di cura ed Equipe medica convenzionate.

Per i Quadri Direttivi di 3° e 4° livello il rimborso delle spese di cui ai punti 1), 2), 3) e 4) avviene sempre senza l'applicazione di alcuna franchigia.
L'importo spettante viene comunque decurtato di una somma pari al 15%, che andrà a riparto ad eccezione dei ricoveri per i quali è previsto il raddoppio del massimale.

La copertura per i punti 1), 2), 3) e 4) è prestata fino alla concorrenza della complessiva somma di **€ 51.646,00**, da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno solare e per nucleo familiare assistito.
Per i quadri Direttivi di 3° e 4° livello il massimale annuo per nucleo familiare ammonta a **€103.291,00.**

Qualora l'assistito subisca un intervento chirurgico, anche ambulatoriale, conseguente a:
- patologie cardiocircolatorie;
- patologie renali;
- patologie polmonari;
- patologie celebrali ed in ogni caso di interventi al cervello, anche a seguito di infortunio;
- malattie oncologiche, anche in caso di ricovero senza intervento;
- trapianti d'organo,

ambedue i massimali di cui sopra devono intendersi raddoppiati.

B) Specialistiche Extraospedaliere

Sono previsti i seguenti esami diagnostici:

- CURVA GLICEMICA DA CARICO
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- DOPPLER
- ECOGRAFIA
- ELETTROCARDIOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAFIA
- ELETTROMIOGRAFIA
- ENDOSCOPIA ANCHE CON IL PRELIEVO BIOPTICO
- ESAME URODINAMICO
- MOC
- MONITORAGGIO IMMUNOLOGICO
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCINTIGRAFIA
- TAC
- TELECUORE
- TELETERMOGRAFIA

Programma rimborso spese mediche per i Dipendenti della banca

e le seguenti terapie:

- **AGOPUNTURA**

- **CHEMIOTERAPIA**

- **DIALISI**

- **FISIOTERAPIA e LASERTERAPIA** (esclusivamente a scopi fisioterapici) *A SEGUITO DI MALATTIA* quali ictus cerebrale e forme neoplastiche (effettuate entro due anni dalla data di diagnosi) forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (*sclerosi multipla, la sclerosi amiotrofica ed il morbo di Parkinson)* ed in ogni caso prescritta da medico specialista attestante una diagnosi documentata ed accertata.

- **FISIOTERAPIA e LASERTERAPIA** (esclusivamente a scopi fisioterapici) *A SEGUITO DI INFORTUNIO* (effettuata entro due anni dalla data dell'infortunio stesso e solo se documentata da verbale di pronto soccorso ospedaliero o equivalente struttura ospedaliera comprovante l'avvenuto infortunio) in ogni caso prescritta da medico specialista.

- **LOGOPEDIA** (prescritta da medico specialista ed effettuata da personale abilitato) per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi;

- **PSICOTERAPIA** (effettuata da medico specialista abilitato) per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi;

- **RADIOTERAPIA**

- **ALTRE TERAPIE** effettuate da medico specialista (escluse quelle a scopo fisioterapico).

La copertura di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza della somma di **€ 5.165,00**, per anno solare e per nucleo familiare assistito.

I rimborsi vengono effettuati con l'applicazione di uno "**scoperto**" sulle spese effettivamente sostenute e documentate **nella misura del 15%** per sinistro**,** con un minimo **di € 18,00** nel caso di l'utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate con CASPIE, secondo la procedura indicata al punto 4, e **di € 50,00** nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non in convenzione diretta con CASPIE.

Per i Quadri Direttivi di 3° e 4° livello, viene operata una **franchigia del 15%** per sinistro, con un minimo **di € 26,00** nel caso di l'utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate con CASPIE, secondo la procedura indicata al punto 4 e **di € 50,00** nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non in convenzione diretta con CASPIE.

Per ambedue le categorie, non viene applicata alcuna franchigia per i rimborsi dei ticket sanitari, cioè la spesa che il servizio sanitario nazionale accolla al cittadino italiano per accertamenti effettuati presso le strutture pubbliche.

L'importo spettante (compreso quello relativo ai ticket sanitari) viene comunque decurtato di una somma pari al 15%, che andrà a riparto.

C) Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici e Protesi

Sono rimborsate anche:

- visite specialistiche - accertamenti diagnostici - protesi

sempreché *pertinenti ad una malattia e/o infortunio indennizzabili* a termini delle condizioni generali del Fondo ed attestati da idonea certificazione medica. Le spese sono relative a:

- onorari medici relativi a visite specialistiche (no le visite pediatriche);
- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio; protesi acustiche ed ortopediche (ciò che sostituisce un organo nelle sue funzioni; no spese relative a plantari, busti ortopedici e similari).

La copertura di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza della somma **€ 2.582,00**, per anno solare e per nucleo familiare assistito.

I rimborsi vengono effettuati con l'applicazione di uno "**scoperto**" sulle spese effettivamente sostenute e documentate **nella misura di € 18,00** per sinistro**,** nel caso di utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate con CASPIE, secondo la procedura indicata al punto 4, e **di € 50,00** per sinistro, nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non in convenzione diretta con CASPIE.

Per i quadri Direttivi di 3° e 4° livello, viene operata una **franchigia del 15%** per sinistro, con un minimo **di € 26,00** nel caso di l'utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate con CASPIE, **di € 50,00** nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non in convenzione diretta con CASPIE.

Per ambedue le categorie, non viene applicata alcuna franchigia per i rimborsi dei ticket sanitari, cioè la spesa che il servizio sanitario nazionale accolla al cittadino italiano per accertamenti effettuati presso le strutture pubbliche.

L'importo spettante (compreso quello relativo ai ticket sanitari) viene comunque decurtato di una somma pari al 15% che andrà a riparto.

D) Medicina Preventiva

Sono rimborsate le spese sostenute per le seguenti prestazioni:

- per gli uomini: spese sostenute per visita cardiologica con ECG, radiografia al torace, accertamento dell'antigene prostatico specifico ed ecografia delle vie urinarie;

- per le donne: le spese sostenute per visita cardiologica con ECG, radiografia al torace, visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test ed ecografia), visita senologica comprensiva dei relativi accertamenti (ecografia mammaria e/o mammografia);

- per tutti gli assistiti: un esame del sangue con i seguenti accertamenti: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES ed un esame delle urine.

Ciascun accertamento diagnostico o visita specialistica di cui sopra viene rimborsato all'assistito una sola volta per ogni anno solare.

La copertura di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza della somma di **€ 500,00**, per anno solare e per nucleo familiare assistito.

Il rimborso viene effettuato senza l'applicazione di alcuna franchigia.

L'importo spettante (compreso quello relativo ai ticket sanitari) viene comunque decurtato di una somma pari al 15%, che andrà a riparto .

Programma rimborso spese mediche per i Dipendenti della banca

E) Indennità per Malattie Gravi

Viene corrisposta un'indennità di € 4.000,00 in caso di accadimento in corso di contratto di uno dei seguenti gravi eventi:

Infarto miocardico acuto

Coronaropatia, qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri:

a) dolore precordiale;
b) alterazioni tipiche all'ECG;
c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche

Chirurgia cardiovascolare

Procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna); interventi di applicazione di valvola protesica meccanica o biologica
Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto)
Emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di indennizzo

Tumore

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola garanzia in oggetto vengono esclusi i carcinomi in situ (intendendosi per tali i carcinomi che si sviluppano solo localmente con prognosi favorevole, senza tendenza a metastatizzare, aggredibili con le più semplici tecniche chirurgiche) ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno

Insufficienza renale

Malattia renale irreversibile in dialisi cronica

Trapianto d'organo

Malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attesti la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.
La prestazione è operante a condizione che la data della prima diagnosi - comprovata da certificazione medica - sia successiva al 31.12.2010 o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'assistito.
L'indennità viene erogata in caso di permanenza in vita dell'assistito alla data della richiesta dell'indennità.
La prestazione viene corrisposta all'assistito una sola volta per ciascuna delle malattie sopracitate.

L'importo dell'indennità viene decurtato di una somma pari al 15%, che andrà a riparto.

Programma rimborso spese mediche per i Dipendenti della banca

Limiti delle prestazioni relative al sotto-fondo destinato al Personale in servizio

Sono **escluse** dal rimborso le spese relative a:

- **cure dentarie**; (incluse solo spese per interventi sull'osso mascellare a seguito di cisti, necrosi o tumori). Tutte le altre spese dentarie rientrano nelle prestazione dell'apposito sotto-fondo vincolato.
- **intossicazioni** conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- lenti ed occhiali;
- **chirurgia plastica a scopo estetico** ad eccezione di quella necessaria per i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio;
- **agopuntura** non effettuata da un medico;
- **infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti** o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- **infortuni sofferti** in conseguenza di proprie **azioni delittuose**;
- **inseminazione artificiale**: sono comunque rimborsabili le spese sostenute per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici finalizzati all'individuazione delle cause dell'infertilità;
- **conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo**, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Prestazioni relative al sotto-fondo vincolato per cure dentarie

Nell'ambito del sotto-fondo vincolato destinato alle spese per cure dentarie del personale in servizio, sono ammesse al rimborso tutte le spese per prestazioni odontoiatriche:

- igiene orale
- terapia conservativa e chirurgica
- radiologia odontoiatrica
- paradontologia

- paradontologia
- protesi
- implantologia
- apparecchi correttivi ortodontici

Le prestazioni odontoiatriche vengono rimborsate, con i seguenti **massimali annui**:

- **€ 800,00** per nucleo familiare assistito, inteso per tale il dipendente ed i familiari a carico;
- **€ 800,00** pro-capite per ciascuno dei familiari non a carico inseriti nell'assistenza.

Tutte le richieste di rimborso delle spese relative all'anno 2013 ed inviate alla CASPIE entro il 31 Gennaio 2014, verranno evase nel **primo trimestre dell'anno 2014;** ogni prestazione è ammessa al riparto entro i massimali di euro 800,00 come sopra definiti.

I rimborsi vengono erogati mediante un **riparto proporzionale** sulla base del rapporto tra l'ammontare delle disponibilità del sotto-fondo e quello delle richieste ammesse al riparto.

Viene garantito un rimborso minimo di €96,00 per le spese pari o superiori a € 96,00.

Se le spese complessive per nucleo sono inferiori al minimo garantito, saranno rimborsate integralmente, sempre nel primo trimestre 2014.

Nel limite dei massimali suddetti, sono ammesse a riparto tutte le spese inviate, senza applicazione di alcuna franchigia; **non sono previsti acconti nel corso dell'annualità**.

Programma rimborso spese mediche per i Dipendenti della banca

Auto-assicurazione: le prestazioni vengano erogate *entro le sole disponibilità finanziarie* destinate allo scopo all'inizio di ciascuna annualità e secondo quanto previsto dall'apposita normativa.

La CASPIE provvederà, pertanto, al pagamento delle prestazioni oggetto dell'assistenza con le seguenti modalità:

prestazioni effettuate in regime di convenzione diretta con le strutture della rete CASPIE:

- le spese sostenute per interventi chirurgici, anche ambulatoriali, conseguenti a patologie cardiocircolatorie, renali, polmonari, cerebrali (compreso interventi al cervello, anche a seguito di infortunio), malattie oncologiche (anche in caso di ricovero senza intervento) e trapianti d'organo, sono corrisposte dalla CASPIE direttamente agli operatori sanitari al **100%** (nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile);

- le spese relative alle altre garanzie previste dalla normativa, al netto delle franchigie, sono corrisposte dalla CASPIE direttamente agli operatori sanitari nei limiti **dell'85%.** L'assistito, pertanto, dovrà versare direttamente all'operatore sanitario, oltre alla prevista franchigia, anche il **15%** residuo della spesa (nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile); pertanto, una prestazione effettuata in regime di convenzione diretta dal personale appartenente ai Quadri Direttivi di 1° o 2° livello oppure alla 1a, 2a e 3a Area Professionale, viene così trattata:

· Euro 100,00 costo della prestazione;
· Euro 18,00 franchigia;
· Euro 12,30 (100,00-18,00)x15% quota a riparto, da corrispondere all'operatore sanitario a cura dell'assistito;
· Euro 69,70 importo corrisposto all'operatore sanitario da parte di CASPIE.

*prestazioni effettuate **non** in regime di convenzione diretta, le spese sono ammesse al rimborso nel modo seguente:*

- le spese sostenute per interventi chirurgici, anche ambulatoriali, conseguenti a patologie cardiocircolatorie, renali, polmonari, cerebrali (compreso interventi al cervello, anche a seguito di infortunio), malattie oncologiche (anche in caso di ricovero senza intervento) e trapianti d'organo, sono ammesse al rimborso al **100%** (nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile);

- le spese relative alle altre garanzie previste dalla normativa sono ammesse a un **rimborso in acconto pari all'85%** di quanto spettante al netto di franchigie e nel limite del massimale (spesa massima rimborsabile) previsto; pertanto, una spesa per prestazioni fuori Rete sostenuta dal personale appartenente ai Quadri Direttivi di 1° o 2° livello oppure alla 1a, 2a e 3a Area Professionale, viene così definita:

· Euro 100,00 spesa sostenuta per la prestazione
· Euro 50,00 franchigia
· Euro 7,50 quota a riparto (100,00-50,00)x15%
· Euro 42,50 rimborso in acconto.

Entro il primo trimestre del 2014, con il meccanismo del **riparto**, verrà effettuato il conguaglio dei rimborsi determinato sulla base delle disponibilità finanziarie residue di ogni sottofondo. Il saldo del rimborso spettante sarà pertanto corrisposto totalmente oppure in proporzione alle rimanenze finanziarie del sottofondo.

Programma rimborso spese mediche per i Dipendenti della banca

Modalità di riparto:

nel caso in cui al termine dell'anno si renda necessario ricorrere a tale strumento, la quota a riparto verrà rimborsata con il seguente ordine di priorità:

1. *al dipendente ed ai rispettivi familiari a carico*
2. *in caso di ulteriore disponibilità, ai familiari non a carico.*

Oggetto:

La quota di spese ammessa a riparto, sia per le prestazioni in rete sia per quelle fuori rete, viene automaticamente memorizzata da CASPIE e quindi non è necessario avanzare alcuna richiesta affinché venga inserita nel riparto finale.
Per le spese dentarie non sono previsti acconti nel corso dell'annualità e pertanto l'intero ammontare, purché ricompreso nel massimale previsto, partecipa al riparto finale dello specifico sotto-fondo vincolato.
La CASPIE provvederà a riconoscere ai dipendenti le somme ammesse a rimborso a mezzo di bonifico bancario sul conto corrente dell'interessato.

A decorrere dal 2012 la CASPIE non restituirà più gli originali dei documenti e, con periodicità trimestrale, inoltrerà un estratto conto liquidativo che riporta gli importi delle singole fatture, l'importo rimborsato e la somma accantonata per il riparto. Pertanto, a decorrere dall'1.1.2012, alle richieste di rimborso potranno essere allegate le fotocopie dei documenti di spesa originali, oltre ad altra documentazione medica. I documenti originali saranno conservati a cura del dipendente per le occorrenze di natura fiscale.

In relazione agli adempimenti suddetti, trascorreranno circa 2-3 mesi dalla data di invio della busta da parte dell'interessato a quella di arrivo al medesimo del rimborso.

Termini di presentazione delle richieste di rimborso

Tutte le spese per prestazioni **effettuate nell'anno 2013** dovranno pervenire alla CASPIE nel più breve tempo possibile e comunque entro **non oltre il 31 gennaio 2014**.

Le richieste pervenute in data successiva, comunque non oltre il 28 febbraio 2014, saranno ammesse al rimborso nell'ambito delle eventuali disponibilità residue dei singoli sotto-fondi successive alle operazioni di riparto.

NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO

Il contributo corrisposto dalla Banca consente l'attivazione delle prestazioni previste dal Programma RSM in favore del dipendente e dei seguenti **familiari fiscalmente a carico**:

- **coniuge** convivente (cioè **ricompreso nello stesso stato di famiglia del dipendente**) e non legalmente o effettivamente separato
- **i figli** conviventi (cioè ricompresi nello stesso stato di famiglia del dipendente) oppure anche non conviventi purché fiscalmente a carico.

Sono considerati fiscalmente a carico i familiari che percepiscono un reddito annuo lordo non superiore a Euro 2.840,51; la persona "convivente more uxorio" è sempre considerata non a carico fiscalmente.

Programma rimborso spese mediche per i Dipendenti della banca

Si rende altresì possibile – **con contributo a carico del dipendente** – estendere le prestazioni del Programma ai seguenti familiari purché **conviventi, cioè ricompresi nello stesso stato di famiglia del dipendente**:

- **il coniuge, non fiscalmente a carico**, purché convivente e non legalmente o effettivamente separato oppure la persona "**convivente more uxorio**"
- **i figli non a carico** conviventi.

Nel caso in cui di un nucleo facciano parte più di un familiare non a carico l'estensione della copertura si rende possibile a condizione che tutti vengano inseriti nel Programma di assistenza.

L'adesione del familiare non a carico deve avere una **durata minima di tre anni**; in caso di mancato rinnovo, al termine delle tre annualità, non sarà possibile l'inserimento del familiare non a carico negli anni successivi.

Per l'anno 2013 il familiare non a carico inserito nel 2012 potrà essere escluso dal nucleo familiare assistito soltanto per i seguenti motivi (adeguatamente documentati):

- separazione o divorzio
- uscita dallo stato di famiglia
- adesione ad altra analoga copertura sanitaria collettiva o individuale
- reddito percepito inferiore al limite per essere considerati non a carico
- decesso.

Per l'anno 2013, il contributo per ogni familiare non a carico, comprensivo del contributo per spese odontoiatriche, è stato fissato in **€370,00** per i dipendenti appartenenti alle Aree Professionali e ai Quadri Direttivi di 1° e 2° Liv. e in **€600,00** per i Quadri Direttivi di 3° e 4° Liv. La copertura decorre dal 1° Gennaio 2013.

La somma suddetta sarà trattenuta sul cedolino stipendi del mese di Marzo 2013.

Il contributo è pari a €222,00 (Aree Professionali e Q.D. 1° e 2° liv.) e a €360,00 (Q.D. 3° e 4° liv.) nel caso in cui la copertura di un familiare inizi nel secondo semestre per i seguenti motivi: assunzione del dipendente, matrimonio o inizio convivenza successiva al 30.6.2013.

La comunicazione dei nominativi che compongono il proprio nucleo familiare, come più sopra definito, deve essere effettuata **OGNI ANNO.**

Dopo il 28.2.2013, sarà possibile inserire nuovi nominativi nel nucleo familiare assistito solo in caso di nascita di figli, di matrimonio o di inizio della convivenza; la comunicazione dell'evento può essere effettuata soltanto in forma cartacea per il tramite del modulo di cui al punto 9, entro 30 giorni dal suo verificarsi.

UTILIZZO DELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON CASPIE

La Cassa Sanitaria CASPIE ha stipulato convenzioni con medici specialisti, laboratori di analisi e case di cura per consentire ai propri assistiti di fruire di prestazioni sanitarie senza doverne anticipare il costo poiché è la Cassa stessa a farsi carico del pagamento diretto alle strutture sanitarie.

L'assistito corrisponde alla struttura soltanto l'importo relativo alle eventuali franchigie, **alla quota destinata a riparto**, ed alle spese non ricomprese nelle garanzie.

Per i ricoveri, il diritto al pagamento diretto, ferme restando le condizioni normative, **è possibile soltanto nel caso in cui l'assistito si avvalga sia di una Casa di Cura sia di un'Equipe Medica convenzionate con CASPIE.**

In altri casi (ad esempio ricorso ad Equipe Mediche non convenzionate pur all'interno di Case di Cura convenzionate) non potrà essere concesso il pagamento diretto, e l'indennizzo spettante viene corrisposto a rimborso. Per le eventuali prestazioni pre e post-ricovero pagate direttamente, l'assistito deve avanzare istanza di rimborso nei modi d'uso.

È opportuno accertarsi che la Struttura Sanitaria e/o il medico specialista siano convenzionati con CASPIE (NUMERO VERDE 800254313, www.caspieonline.it., retesanitaria.caspie@servizioconvenzioni.it.)

L'assistito deve utilizzare la **Rete convenzionata** nei limiti delle garanzie previste dal Programma RSM deve seguire scrupolosamente la seguente procedura:

- prenotare la prestazione sanitaria presentandosi come "**assistito CASPIE Monte Paschi**";
- fornire le proprie **generalità** e – se del caso – quella del familiare che deve usufruire della prestazione sanitaria;
- richiedere all'Operatore Sanitario di **attivare la convenzione diretta con CASPIE**; nel caso in cui la prestazione riguardi un familiare è assolutamente necessario che lo stesso sia già stato inserito nel nucleo familiare assistito con le modalità ed i tempi previsti;
- produrre all'atto della prenotazione della prestazione sanitaria (accertamento diagnostico, terapia o ricovero) una **certificazione medica attestante la necessità della prestazione e la relativa diagnosi**, documentazione necessaria alla Struttura convenzionata per richiedere a CASPIE di farsi carico della spesa; per le visite specialistiche è sufficiente che l'assistito indichi, al momento della prenotazione, il disturbo che rende necessario il consulto specialistico;
- **accertarsi** presso l'Operatore o Struttura Sanitaria, prima dell'effettuazione della prestazione sanitaria, dell'**avvenuta autorizzazione** da parte della Centrale Operativa della CASPIE;
- sottoscrivere, presso la struttura sanitaria utilizzata, una dichiarazione nella quale vengono precisate le condizioni di fornitura del servizio da parte della CASPIE e le somme che eventualmente rimangono a carico dell'assistito (**franchigie, quota destinata a riparto e spese non coperte dalle garanzie**).

Non è possibile usufruire del pagamento diretto da parte di CASPIE e delle franchigie ridotte al di fuori delle condizioni e delle modalità sopra riportate.

La procedura non è utilizzabile per le spese relative alla medicina preventiva, per la quale occorre presentare la richiesta di rimborso nei modi d'uso.

Programma rimborso spese mediche per i Dipendenti della banca

PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO

Il Dipendente deve presentare la richiesta di rimborso il **prima possibile**.

Modalità di invio

- **sito web della CASPIE (www.caspieonline.it) che consente di inviare la documentazione scannerizzata, accorciando di molto i tempi di lavorazione ed azzerando i possibili disguidi di spedizione del materiale;**
- utilizzare i normali canali postali e una qualsiasi busta indirizzata a **CASPIE – Via Sistina, 42 – 00187 ROMA**;
- utilizzare la posta interna della Banca, inserendo la documentazione in una qualsiasi busta sulla quale riportare la seguente dizione: "CONTIENE UNA RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE – DA INVIARE A CASPIE".

La richiesta di rimborso deve essere corredata della documentazione più sotto precisata.
Nel caso di richiesta via web la documentazione deve essere scannerizzata e non occorre inviare nessuna 'conferma' cartacea della documentazione stessa; qualora l'invio sia per i canali postali, la documentazione deve essere allegata in fotocopia.

Documentazione richiesta

a) la richiesta di rimborso, da redigere sul modulo intestato a CASPIE;

b) **i documenti di spesa fiscalmente validi in fotocopia**;

c) in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica; per gli interventi chirurgici ambulatoriali, in mancanza di cartella clinica, una certificazione medica con la descrizione dell'intervento stesso e della malattia;

d) in caso di **visite specialistiche**, attestazione dell'affezione sullo stesso documento di spesa o in separata prescrizione medica;

e) in caso di **analisi, esami diagnostici o prestazioni specialistiche extraospedaliere**, copia della prescrizione medica, con la diagnosi;

f) in caso di **spese per cure fisioterapiche**:
- se dovute a *forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche*: prescrizione del medico specialista attestante la malattia;
- se dovute a *infortuni*: prescrizione del medico specialista e certificazione a suo tempo rilasciata dal Pronto soccorso o da un'equivalente struttura ospedaliera cui si sia fatto immediatamente ricorso;
- se dovute a *ictus cerebrale od a forme neoplastiche*: prescrizione del medico specialista attestante la diagnosi della patologia e la data della prima diagnosi.

g) per i **ticket sanitari** è sufficiente rimettere la documentazione di spesa.

Medicina preventiva

- *per gli accertamenti diagnostici*, i documenti di spesa in fotocopia ed una certificazione medica con gli accertamenti previsti con l'indicazione "**per controllo**"; per l'effettuazione di accertamenti non ricompresi nell'elenco di cui al punto D), prescrizioni mediche e documenti di spesa separati;
- *per le visite specialistiche*, le ricevute di spesa, in fotocopia, con scritto "per controllo".

Indennità per grave malattia

- per *infarto, chirurgia cardiovascolare e ictus cerebrale* è necessaria copia della cartella clinica con le caratteristiche della malattia e la data della prima diagnosi;
- per *tumore e insufficienza renale* è necessaria una certificazione rilasciata dalla struttura ospedaliera che ha in cura l'assistito - con il risultato dell'esame istopatologico - dalla quale risulti la malattia e la data di prima diagnosi della stessa;
- per *il trapianto d'organo* è necessaria una certificazione rilasciata dal centro medico autorizzato al trapianto che attesti la data della necessità dell'intervento e l'inserimento dell'assistito nella lista di attesa.

Si raccomanda di porre la massima attenzione sulla documentazione da inviare.
Per quanto riguarda la diagnosi, si segnala la necessità di far certificare l'affezione accertata o presunta ed ***evitare*** – per quanto possibile – ***l'indicazione di sintomi generici*** quali: febbre, astenia, amenorrea, ecc.

Portale www.caspieonline.it

Guida operativa per l'utilzzo del portale web https://www.caspieonline.it

Per velocizzare le operazioni di invio delle pratiche alla CASPIE, si consiglia di utilizzare la procedura telematica. L'accesso al portale è riservato ai soli assistiti CASPIE capi nucleo (titolari dell'assistenza).

Registrarsi su CASPIEONLINE

Digitare l'indirizzo **www.caspieonline.it.** Fare clic su "**Registrati**" ed inserire i propri dati in tutti i campi richiesti. Una volta completata la compilazione premere il tasto "**Avanti**".
Scegliere un **nome utente** ed una **password** indicando una **e-mail valida**, utile anche ai fini del recupero del NOME UTENTE qualora venisse dimenticato.
Inserire anche una **domanda ed una risposta segreta** che sarà utile in caso di smarrimento della PASSWORD.
Per completare la registrazione cliccare su "**Crea Utente**".
Fare click su "**Accedi**" per entrare direttamente nel proprio profilo.

Menù Richiesta di Rimborso

Inserimento di una nuova richiesta di rimborso

È possibile inserire le richieste di rimborso delle spese sanitarie in CaspieOnLine attraverso la voce di menù "**Richiesta di Rimborso**" e il sottomenù "**Inoltra richiesta**".

Una volta entrati nel menù occorrerà indicare se il beneficiario della richiesta di rimborso si riferisce al titolare dell'assistenza, oppure ad uno dei familiari inseriti nel suo nucleo. Qualora sia selezionata l'opzione "**Familiare**", CaspieOnLine richiederà la scelta del familiare che può essere effettuata premendo il link "**Clicca per specificare il familiare**", selezionando quindi il familiare interessato.

Qualora la richiesta di rimborso faccia riferimento ad una pratica precedente, selezionare la casella "**Esiste pratica di riferimento**" e conseguentemente premere il link "**Cerca Pratica Riferimento**"

Per una **nuova pratica** inserire la **data di accadimento** in formato **GG/MM/AAAA**.
Se si tratta di un **ricovero** inserire la **data di ingresso**, se **qualsiasi altra prestazione**, inserire **la data della fattura più vecchia**.

Le ricevute di spesa devono essere inserite una ad una, indicando per ciascuna data, il numero e l'importo, cliccando su "**Salva Ricevuta**" al termine di ciascun inserimento.

Si fa presente che le fatture inserite per ogni richiesta di rimborso, ad esclusione del ticket, dovranno riferirsi alla stessa diagnosi.
In caso di problematiche è possibile inviare una mail a **info@caspie.it**

Portale www.caspieonline.it

Una volta inserite tutte le ricevute, nella casella "**Importo richiesto**" verrà visualizzata la somma delle fatture.

Nell'elenco a discesa sotto la voce "**Riepilogo delle spese**", va scelta la causale, ovvero il tipo di prestazione per la quale si sta compilando la richiesta di rimborso. Al termine del procedimento premere il tasto "**Avanti**".

Successivamente **allegare la documentazione in formato elettronico** (max 25 MB)

- .pdf (Documento di Adobe Acrobat o Adobe Reader)
- .jpg/jpeg/giff (immagine singola)
- .tif (immagine multi pagina)

Completare l'operazione come di seguito indicato:

1. Premere il tasto sfoglia per cercare nel proprio computer il documento da allegare
2. Fornire una **descrizione del documento** che si desidera allegare
3. Premere "**Allega Documento**" per abbinare il file alla richiesta

Premere "**Avanti**" e mettere obbligatoriamente la spunta sull'accettazione della Privacy.
Si consiglia di annotare il numero e l'anno della pratica per futuri riferimenti.
A questo punto è possibile stampare la richiesta di rimborso appena compilata, annullarla, inserirne una nuova, tornare indietro per visualizzare (non modificare) i dati appena inviati, uscire premendo il tasto "**Esci**".

Consultazione pratica

Questa funzionalità permette la consultazione dello stato delle pratiche di tutto il nucleo, aggiornate in tempo reale.

Selezionare nel menù "**Richiesta di rimborso**" il sottomenù "**Consultazione**" e scegliere il nominativo dell'assistito, fornendo un arco temporale per la ricerca degli accadimenti. Selezionando la pratica prescelta, si accederà alla schermata contenente il dettaglio della stessa ed al riepilogo dei massimali relativi al nucleo familiare.

Prospetto liquidativo

Dal menù "**Richiesta di Rimborso**" evidenziare il sottomenù "**Prospetto liquidativo**", consente all'assistito di visualizzare le informazioni inerenti le pratiche liquidate del proprio nucleo, utile anche al fine della compilazione della dichiarazione dei redditi.

Inserire l'annualità e cliccare su "**Stampa**"

Menù Anagrafica

Variazione dei dati anagrafici e bancari per capo nucleo e familiari

È possibile modificare alcuni dati anagrafici e/o bancari del proprio nucleo, selezionando la voce del menù "**Variazione dati anagrafici**". Cliccare "**Modifica i miei dati**" per iniziare la variazione.

Per modificare i dati di uno o più componenti del proprio nucleo, cliccare su "**Gestisci i dati dei miei familiari**", quindi selezionare il familiare per cui si desidera effettuare le modifiche.

Cambio password

Tramite la voce "**Cambio Password**" si accede alla gestione della propria chiave di accesso.

1. Inserire la password con la quale si ha avuto accesso al portale
2. Inserire la nuova password
3. Confermare la nuova password
4. Cliccare sulla voce "**Cambia password**"

Per annullare la procedura selezione il pulsante "**Annulla**".

Consultazione della normativa online

Tramite la voce "**Consulta normativa**" è possibile visualizzare la propria normativa di riferimento. Cliccando sul tasto "**Visualizza documentazione**", verranno visualizzate tutte le normative riferite all'assistito. Selezionare la normativa di interesse e cliccare su "**Visualizza Documento**" per poter scaricare il documento in formato pdf.

Massimali residui

Scegliendo la funzionalità "**Massimali residui**" dal menù "**Anagrafica**", l'assistito potrà consultare in tempo reale i massimali residui di tutto il suo nucleo. Dalla casella "**Assistito**" si può selezionare il titolare o il familiare per conoscerne gli importi. Cliccare quindi "**Cerca Massimali**".

Portale www.caspieonline.it

Menù Utilità

Consulto medico

Dal menù "**Utilità**" è possibile raggiungere la voce "**Consulto Medico**" per poter formulare quesiti da sottoporre al parere di un consulente medico della CASPIE. Una volta composto il messaggio premere il tasto "**Invia e-mail**".

Stampa tesserini

Dal menù "**Utilità**" andare nel sottomenù "**Stampa tesserini**" per stampare il proprio tesserino e/o quello dei familiari presenti nel proprio nucleo.

Recapiti CASPIE

Attraverso la voce "**Recapiti CASPIE**" del menù "**Utilità**", è possibile consultare tutti i recapiti della Cassa Sanitaria.

Numero Verde: **800254313**
Numero dall'estero: **+3903966546443**
Fax: **066793608**
Email: **info@caspie.it**
Indirizzo: **Via Sistina 42, 00187 - Roma**

Download documenti

Dal menù "**Download documenti**" è possibile scaricare i file utili all'assistito, per esempio questa guida e/o il modulo di richiesta di rimborso per le spese mediche che si vogliono inviare per posta.

FAQ

Per consultare le risposte alle domande più frequenti è necessario andare nella voce "**FAQ**" del menù "**Utilità**".

News

Nella sezione "**News**" del menù "**Utilità**" sono consultabili eventuali comunicazioni, anche in tempo reale, effettuate dalla CASPIE nei confronti del titolare dell'assistenza e del suo nucleo. Per cercare notizie già lette cliccare su "**Cerca notizie**" e successivamente su "**Leggi Notizia**"

Menù Rete Sanitaria

Ricerca medico nella rete convenzionata

Con questa funzionalità è possibile ricercare in tutta Italia un medico specialista convenzionato con la CASPIE, selezionando la voce "**Ricerca medico in rete convenzionata**".

Per la ricerca è possibile utilizzare uno o più criteri di ricerca

- Ricerca per cognome del medico
- Ricerca per ubicazione (regione, provincia, città)
- Ricerca per specializzazione del medico
- Ricerca medici che effettuano la visita in convenzione diretta
- Ricerca medici che effettuano il ricovero in convenzione diretta

Una volta impostata la ricerca premere il tasto "**Cerca**".

Il risultato della ricerca fornirà un elenco con i nomi dei medici specificando se convenzionati per la visita e/o per il ricovero in convenzione diretta.

Per avere degli approfondimenti sul medico specialista selezionato è necessario premere "**Dettagli**", la quale schermata contiene i dati anagrafici, la/le specializzazioni e le strutture convenzionate con la CASPIE.

Ricerca struttura nella rete convenzionata

Accedendo alla voce del menù "**Ricerca struttura in rete convenzionata**" , si ha accesso al sito **www.caspieconvenzioni.it**, nella pagina di ricerca Strutture sanitarie convenzionate con la CASPIE.

Si può iniziare la ricerca combinando uno o più dei seguenti campi.

- Ricerca per nome della Struttura Sanitaria
- Ricerca per ubicazione (regione, provincia, città)
- Ricerca per tipologia: (casa di cura, centro diagnostico, centro fisioterapico, etc.)

Una volta scelti i criteri di ricerca premere il pulsante "**Cerca**". Per consultare i dati della Struttura sanitaria è necessario cliccare su "**Dettagli**" .

È disponibile anche una mappa stradale con l'ubicazione della Struttura, visualizzabile cliccando su "**Vedi nella Mappa**".

Modifica imponibile TFR e contribuzione volontaria

L'attuale disciplina statutaria in materia di contribuzione da destinare ai Fondi Pensionistici interni, prevede che il calcolo per la definizione della quota venga effettuato sulla base della retribuzione utile per la determinazione del TFR, nella misura tempo per tempo stabilita dalle Fonti Istitutive.
Recentemente, sia per effetto delle norme contenute nel nuovo Contratto Nazionale, sia per l'introduzione delle misure aziendali di contenimento del costo del lavoro – codificate nell'Accordo 19 dicembre 2012 – gli elementi retributivi presi a riferimento per individuare l'entità del TFR sono stati limitati alla sola voce "stipendio", abbattuta del 23%.
In conseguenza di tale previsione – avente comunque carattere transitorio – la quota complessiva destinata alla previdenza complementare aziendale si è quindi ridotta, a prescindere dall'eventuale innalzamento della percentuale di calcolo del contributo volontario da parte dell'Iscritto ad uno dei Fondi Pensionistici esistenti (Cassa di Previdenza o Fondo Complementare Post 31.12.1990).
Tenuto conto del fatto che le previsioni normative in analisi hanno prodotto effetti cumulativi solo a partire dal 1° gennaio 2013, momento in cui era già decorso il termine di scadenza per poter variare la misura del contributo volontario, e che ad oggi il tetto di deducibilità fiscale (pari ad euro 5164,56) è superiore alla quota complessivamente versata da parte di molti Iscritti, ***i Consigli di Amministrazione dei Fondi Pensione BMPS – anche per assecondare numerose istanze individuali pervenute alle scriventi OO.SS. nell'ultimo periodo – hanno deciso di consentire la riapertura della variazione della percentuale di contribuzione volontaria alla previdenza aziendale,*** nel rispetto ovviamente dei limiti percentuali contemplati dagli Statuti, e cioè:

- **da 0% a 15% della retribuzione imponibile TFR per la "CPA";**
- **da 0,5% a 10% della retribuzione imponibile TFR per il "Fondo Post".**

Il periodo di accesso al sistema per effettuare l'eventuale variazione attraverso i canali informatici già utilizzati nelle precedenti occasioni, ***sarà limitato al mese di marzo 2013, con effetto dal primo giorno del mese successivo a quello della richiesta, ovvero dal mese di aprile 2013***. In seguito, tale operazione tornerà ad essere effettuata nei tempi stabiliti dalle previsioni normative vigenti.

La Direzione dei Fondi Pensione BMPS emanerà una apposita informativa destinata agli Iscritti.

Le Segreterie FABI-FIBA-UGL-UILCA

FACCI SAPERE COSA PENSI!

Ti è piaciuta questa nuova pubblicazione?
Hai trovato utili gli argomenti inseriti?

Esprimi la tua opinione!

Ascolteremo tutte le vostre proposte per crescere e migliorare insieme!

Facci sapere se c'è un argomento che gradiresti fosse approfondito in queste pagine di Uilca Gruppo MPS *Focus*!

Via Banchi di Sopra 48
53100-Siena
0577 41544- 0577 46954
0577 299737- 0577 299719

UILCA GRUPPO MPS

Performance delle Linee di investimento mobiliare al 31 gennaio 2013

Esponiamo, di seguito, tabella riepilogativa sulle performance delle diverse Linee di investimento mobiliare, aggiornate al 31 gennaio 2013. Tali performance sono tutte superiori ai benchmark di riferimento.

LINEA PRUDENTE	**0,40% (CPA)**	**0,41% (POST)**
LINEA ATTIVA	**0,61% (CPA)**	**0,61% (POST)**
LINEA BILANCIATA	**1,19% (CPA)**	**1,19% (POST)**
LINEA DINAMICA	**1,91% (CPA)**	**1,79% (POST)**
LINEA INTEGRATIVA	**0,33% (CPA)**	