

A seguito di accordo sindacale, nel mese di dicembre 2013 è stata erogata dalle Aziende una quota di Euro 163,38 procapite a favore di tutte le dipendenti e di tutti i dipendenti del Gruppo, che andrà ad alimentare le posizioni individuali, create ad hoc, nell'ambito delle forme di assistenza sanitaria esistenti nel Gruppo, in una gestione separata denominata Assistenza Sanitaria Aggiuntiva.

Tali posizioni individuali, potranno, dal mese di giugno, essere alimentate da eventuali versamenti volontari.

PERCHE' CONVIENE?

Questi contributi (aziendali e/o individuali) rientrano nel plafond di esenzione fiscale previsto dalla normativa vigente: ad oggi è di Euro 3.615,20 così come previsto dall'art. 51, comma 2. lettera a) del TUIR. In buona sostanza i 163,38 Euro, se fossero stati erogati in busta paga, avrebbero reso circa 80/90 Euro netti, anziché il loro valore pieno. Allo stesso modo, eventuali versamenti volontari provocheranno l'integrale recupero fiscale in fase di dichiarazione dei redditi.

Ricordiamo che le spese mediche portate in detrazione nel 730 o nel modello unico consentono un recupero del 19%.

A COSA SERVE?

Potranno essere rimborsate tutte le spese mediche, nei limiti dei contributi esistenti nella propria posizione individuale, sia per la parte non rimborsata dalla forma di assistenza integrativa

ordinaria (franchigia), sia per le spese escluse da tali forme, oppure anche comprese ma oltre il plafond previsto, per sé o per i propri famigliari iscritti. Più precisamente:

- visite mediche, accertamenti diagnostici, sedute psicoterapiche e relativi ticket;
- trattamenti fisioterapici, riabilitativi e rieducativi a seguito di malattia o infortunio;
- medicinali elencati nella farmacopea ufficiale;
- cure dentarie;
- interventi chirurgici anche ambulatoriali, parto cesareo, rette di degenza;
- rette di degenza in case di riposo;
- lenti e montature per occhiali, lenti a contatto;
- assistenza infermieristica anche domiciliare;
- 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;
- spese di trasporto con ambulanza per motivi di urgenza, se non pagati da SSN.

Sono in ogni caso esclusi i rimborsi delle cure e degli interventi di natura estetica non conseguenti a infortuni, incidenti, malattie o malformazioni congenite.

COME FUNZIONA?

A breve verrà messo a disposizione un modulo apposito per la richiesta di rimborso, che dovrà essere compilata entro tre mesi dalla data della prestazione, e comunque assolutamente entro il 20 gennaio dell'anno successivo a quello in cui le spese sono state sostenute.

Esclusivamente per le spese effettuate nell'ultimo trimestre 2013, rimborsate parzialmente dalla propria forma di assistenza sanitaria integrativa (CASPOP, FAS, FIAM) si potrà richiedere il rimborso della parte non rimborsata entro il 28 febbraio p.v.

I CONTRIBUTI HANNO UNA SCADENZA DI UTILIZZO?

I contributi non utilizzati restano a disposizione del collega sino al completo utilizzo. In caso di decesso potranno essere utilizzati dai famigliari iscritti alla forma di assistenza. Non è previsto in ogni caso il rimborso di eventuali quote. In caso di decesso di un associato senza famigliari iscritti, l'eventuale residuo andrà a confluire in un Fondo Solidaristico nell'ambito dell'A.S.A., che potrà



essere utilizzato per finalità con carattere assistenziale a seguito di delibera del C.d.A.

Riteniamo che questo strumento sia una buona soluzione per portare un vantaggio economico immediato e tangibile a favore delle colleghe e dei colleghi, in un periodo sicuramente non roseo.

FISAC/CGIL

Gruppo Banco Popolare

Verona, 26 febbraio 2014

[Scarica documento](#)