



Comunicato d'informazione sindacale per gli iscritti – n. 02 gennaio 2008

SOMMARIO

Speciale assistenza sanitaria	1
Fondo pensioni Cariparma Friuladria	6

Pressioni commerciali	6
-----------------------	---



Speciale assistenza sanitaria.

Con l'accordo del 19 dicembre '07 sono state fissate le condizioni alle quali colleghi ex **Intesa** possono iscriversi al **FIM** a partire dal primo gennaio 2008. Come è noto con tale acronimo si intende la "Cassa Mutua" che eroga l'assistenza sanitaria ai dipendenti, in servizio o in quiescenza, ed ai loro familiari.

Interessati all'iscrizione sono anche i colleghi neo assunti e non ancora iscritti.

Un po' di storia..

Il FIM nasce nel 1968 come associazione fra i dipendenti della allora Banca Popolare di Pordenone. Scopo allora era quello di garantire solo il ricovero non a carico del S.S.N.

Il FIM oggi.

Il 2007 ha segnato l'inizio di una evoluzione significativa nella vita del FIM. E' stato approvato un **nuovo statuto** che ha introdotto le votazioni per corrispondenza ed è **in elaborazione** anche il **Regolamento Contributi e Prestazioni**. E' in via

di definizione una nuova convenzione con una struttura sanitaria in provincia di Padova. Nel 2008 le OO.SS. hanno già manifestato la volontà di proseguire il confronto con il FIM per poterne migliorare le prestazioni.

L'accordo del 19 dicembre 2007.

Due gli obiettivi raggiunti:

- definire le modalità di iscrizione al FIM per i colleghi ex Intesa
- incrementare la contribuzione aziendale al FIM

Dei colleghi delle 29 filiali, gli **ex Comit ed ex Bav**, già iscritti alla Cassa Sanitaria, potranno iscriversi al FIM versando gli stessi contributi (**rispettivamente 0,10% e 0,30%**). Gli altri pagheranno lo 0,70% (contributi riferiti al singolo dipendente).

Per tutti non sono previste né penali di ingresso né carenze di copertura.

E' necessario, per godere di queste condizioni, iscriversi a partire dal 2 gennaio ed entro il 31 marzo 2008.

Da Regolamento il **diritto alle prestazioni decore** dalla data della conferma scritta inviata dal FIM al richiedente. (in pratica la segreteria del fondo, vista l'eccezionalità della situazione, considera effettiva l'iscrizione dal giorno successivo all'invio della richiesta).

Per una scelta consapevole....

Per consentire una scelta consapevole analizziamo, **alla data odierna**, alcuni aspetti del FIM.

- Peculiarità
- Contribuzioni
- Prestazioni

Peculiarità

Il FIM è una associazione caratterizzata da un **forte di tasso di solidarietà**. Sotto il profilo dei rimborsi la soglia di intervento è più elevata rispetto ad altre casse mutue, ma questa scelta permette alcune particolarità:

- **Iscrizione moglie o convivente non a carico a costi modesti: 0,30%**. Su uno stipendio medio di 30.000 € il contributo è di **90 €** notevolmente inferiore con quanto, ad esempio, previsto dalla Cassa Sanitaria Intesa (600 €) o dalla polizza Cariparma (325- 341 €).
- **I pensionati** rimangono iscritti **senza limiti età con un contributo di 1,30%** sul reddito da pensione. Su un reddito medio di 30.000€ corrisponde a 390€ ed è notevolmente inferiore con quanto previsto dalla Cassa Sanitaria Intesa (2,30% - 690 €) o dalla polizza Cariparma (678 - 712€).
- **I familiari superstiti**, già iscritti, continuano a godere delle prestazioni pagando le **stesse contribuzioni**.
- **I massimali di spesa sono riferiti ad ogni singolo iscritto**: Per nessuna tipologia di spesa sono previsti massimali per nucleo familiare (cassa Sanitaria intesa/ Polizza Cariparma) o per plafond complessivi per azienda (dentarie polizza Cariparma).
- **Le franchigie non si riferiscono alle singole prestazioni ma al complessivo annuo per tipologia di spesa.**
- **Le spese dentarie** (che statisticamente incidono pesantemente sui bilanci familiari) hanno massimale di **2300€** per ogni componente del nucleo familiare.
- **Prevenzione:**
 - **Gli iscritti** (dipendenti e coniugi o conviventi di età superiore ai 30 anni) **posso effettuare, ogni 2 anni, un check up completo** (esami urine, sangue, feci, visita cardiologica, otorino, oculistica, schermografia, ecografia total body, uroflussometria, visita ginecologica e pap test (presso ginecologo di fiducia). Il giorno dedicato al check up viene riconosciuto come permesso retribuito.

Ulteriori accertamenti effettuati nel check up : franchigia del 15%.

- Altri esami **diagnostici di medicina preventiva (donne over 30 e uomini over 55)** massimale: 150€ per anno a totale carico del Fondo.

- **Efficienza e tempestività**: l'iter per ottenere i rimborsi è molto semplice (fax) ed i rimborsi vengono eseguiti entro pochi giorni. Le richieste di rimborso vanno inviate **entro due mesi** (vanno inviate **TUTTE le fatture** affinché venga **assorbita la franchigia**)
- **Equilibrio finanziario**: il fondo è sempre stato gestito con oculatezza e risulta in "ottima salute"

Contribuzioni a carico dei dipendenti

I colleghi **ex Intesa**, se già iscritti alla Cassa sanitaria Intesa, **iscrivendosi entro il 31 marzo**, pagheranno a seconda della loro origine:

	Ex Bav	Ex Comit
single	0,30	0,10
Moglie o convivente a carico e figli < 18 anni	0,30	0,10
Moglie o convivente non a carico e figli < 18 anni	0,60	0,40
Figli >18 < 26 anni a carico (TUTTI)	Ulteriore 0,30	Ulteriore 0,30
Figli > 26 anni a carico (Per ogni figlio)	Ulteriore 0,50	Ulteriore 0,50

I colleghi **ex Intesa** non iscritti alla cassa sanitaria Intesa oppure **ex Cariplo**, gli assunti da Intesa, (gli **ex BAV** e gli **ex Comit** se non iscritti al FIM entro il 31 marzo) pagheranno come tutti gli altri dipendenti di Friuladria:

	servizio	pensione
single	0,70	1,30
Moglie o convivente a carico e figli < 18 anni	0,70	1,30
Moglie o convivente non a carico e figli < 18 anni	1,00	1,30
Figli >18 < 26 anni a carico (TUTTI)	Ulteriore 0,30	1,30
Figli > 26 anni a carico (Per ogni figlio)	Ulteriore 0,50	Ulteriore 0,50

Come iscriversi

La modulistica è disponibile nella pagina intranet del FIM e deve essere inviata in originale.

<http://www.circolobpfa.it/fim.htm>

Prestazioni

Elenchiamo le prestazioni del FIM, così come illustrateci dalla segreteria del Fondo, senza aver la pretesa di sostituire il Regolamento ufficiale.

OSPEDALIERE	
RICOVERO CON o SENZA INTERVENTO CHIRURGICO <u>non a carico S.S.N.</u>	<p>Presso l'Azienda Ospedaliera ed il Policlinico s.Giorgio di Pordenone:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Massimale rimborsabile: Euro 25.000 (Venticinquemila); • Esclusioni: eventuali spese non sanitarie (telefono, televisore, ecc.) rimangono a carico dell'Associato così come eventuali differenze di retta che superino l'importo che il Fondo riconosce in massimo Euro 100,00 giornaliero. <p>Presso altri Stabilimenti Ospedalieri o Case di Cura italiani ed esteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Massimale rimborsabile: Euro 25.000(Venticinquemila); • Esclusioni: spese non attinenti (Iva, bolli, amministrative, ecc.) e comunque ogni spesa che superi l'importo della retta che il Fondo riconosce in massimo in Euro 100 giornalieri; • Altre informazioni: l'Associato provvede direttamente al pagamento delle prestazioni. Il Fondo rimborserà gli interessati applicando le tariffe in essere presso l'Ospedale Civile di Pordenone maggiorate del 20%.
GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale rimborsabile: Euro 100.000 (centomila); • Franchigia: zero
DAY HOSPITAL ed INTERVENTO AMBULATORIALE	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale rimborsabile: Euro 10.000 (diecimila) • Franchigia: zero

PRESTAZIONI E PROTESI	
<p>RIMBORSO SPESE MEDICHE, SPECIALISTICHE ED ALTRE Rimborso di spese mediche e specialistiche, tickets ospedalieri, lastre ortopantomografiche e comprese protesi, arti artificiali, scarpe ortopediche ed affini;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale di spesa: Euro 3.000; • Franchigia: Euro 100; • Rimborso: 75% del residuo; • Esclusioni: sono esclusi dal rimborso le spese farmaceutiche ed eventuali relativi ticket, le notule professionali che non riportino l'indicazione del medico specialista che ha eseguito la prestazione, le spese per perizie, relazioni, consulenze infortuni e similari, vaccinazioni, visite per idoneità sportiva, patenti, documenti, test medici.
<p>RIMBORSO LENTI Contributo su spese per l'acquisto di lenti da vista, anche a contatto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale di spesa: Euro 500; • Franchigia: Euro 100; • Rimborso: 75% sul residuo; • Esclusioni: non è ammesso il rimborso delle montature. • Altre informazioni: per ottenere il rimborso gli interessati devono inviare al Fondo copia della fattura dell'ottico a loro intestata con allegata copia della prescrizione medica dell'ottico specialista di data non anteriore a dodici mesi da quella della fattura. All'uopo può venire usata anche copia della prescrizione rilasciata in occasione del check-up. Qualora sulla fattura il costo delle lenti non venisse distinto da quello delle montature, ai fini del rimborso all'Associato verrà presa in considerazione per la metà del suo ammontare.
<p>RIMBORSO TERAPIE Oggetto: contributo su spese per cure riabilitative, psicoterapiche, psichiatriche, agopuntura, massaggi, idroterapiche, fisioterapiche, flebologiche e terapie in genere;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale di spesa: Euro 500; • Franchigia: Euro 100; • Rimborso: 75% sul residuo;
<p>RIMBORSO SPESE DENTISTICHE Tutti gli interventi o visite del medico dentista (conservative, chirurgiche, ortodonzia e protesi ortodontiche) sono compresi nella disciplina del presente capitolo. (Sono escluse le lastre dei denti che rientrano invece nelle visite specialistiche)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale di spesa: Euro 2300; • Franchigia: Euro 300; • Rimborso: 50% sul residuo; • Esclusioni: nessuna comunicazione e/o accredito verrà effettuata agli Associati da parte del Fondo per notule inferiori o pari all'importo della franchigia. • Altre informazioni: Per ottenere il rimborso gli Associati devono far inoltrare prima al Fondo apposito preventivo rilasciato da un medico dentista, contenente il dettaglio delle prestazioni da eseguire. Le cure potranno essere effettuate soltanto dopo che l'Associato ha ricevuto dal Fondo, la relativa

PREVENZIONE	
<p>CHECK-UP esecuzione di esami diagnostici di medicina preventiva presso strutture sanitarie con le quali il Consiglio di Amministrazione ha stipulato apposite convenzioni;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aventi diritto: associati e coniugi che abbiano compiuto il 30° anno di età; • Costo: spesa a totale carico del Fondo; • Periodicità: biennale • Altre informazioni: le spese per eventuali esami extra prescritti dai Sanitari nel corso del Check-up rimangono per il 15% a carico degli Associati.
<p>ALTRI ESAMI DIAGNOSTICI DI MEDICINA PREVENTIVA deve essere specificato il carattere preventivo di tali prestazioni</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oggetto: visita ginecologica, senologica, oncologica ed esami connessi; • Aventi diritto: Associate, mogli o conviventi che abbiano compiuto il 30° anno di età. • Costo: Euro 150,00 massimo per anno a totale carico del Fondo, eventuali eccedenze vanno ricomprese nelle spese specialistiche; • Oggetto: visite urologiche ed esami connessi; • Aventi diritto: Associati, mariti o conviventi che abbiano compiuto il 50° anno di età. • Costo: Euro 150,00 massimo per anno a totale carico del Fondo eventuali eccedenze vanno ricomprese nelle spese specialistiche;

Fondo pensioni Cariparma Friuladria

E' previsto per il giorno 23 gennaio la seconda riunione del C.d.A. del Fondo. Vi ricordiamo che componente del C.d.A è il nostro Pierangelo Mazzarella. Vi terremo informati sugli esiti. Vi preannunciamo che stiamo predisponendo uno "Speciale Fondi Pensione" nel quale illustreremo tutta la questione Previdenza.

Pressioni commerciali

Al fine di poter documentare, nei prossimi incontri con la Direzione Aziendale, l'ormai inaccettabile livello delle pressioni commerciali, vi invitiamo a inviarci le comunicazioni ricevute e a segnalarci tutti quei comportamenti che oltrepassano il limite della ragionevolezza oltre che dell'etica.

Segreteria di Coordinamento Banca Popolare FriulAdria Segretario Responsabile – Giovanni Del Bel Belluz				
Cognome	Nome	Reperibile presso	E - Mail	Cellulare
Del Bel Belluz	Giovanni	Area FriulVeneta	bpfriuladria@fiba.it	338/3493087
Mazzarella	Pierangelo	Ufficio Mutui	pierangelo.mazzarella@cisl.it	339/3058944
Pesce	Piero	Trieste Nucleo Private	trieste@fiba.it	338/6623591
Decimani	Barbara	Trieste Nucleo Imprese	trieste@fiba.it	347/9609887
Mattiussi	Fabio	Udine Filiale 639	wxmattiu@inwind.it	349/3706141
Favaro	Maurizio	San Fior Filiale 94		347/9171574
Loris	Ennio	Este 306		

MODULO DI ISCRIZIONE



Sindacato Territoriale di _____

DELEGA SINDACALE

Spett.le Ufficio Personale

del/della _____

sede di _____

Io sottoscritto/a _____
 aderisco alla Federazione sindacale Fiba/Cisl ed autorizzo, a far tempo dal
 ____/____/200__ e fino a mia revoca, la trattenuta ed il versamento del
 contributo sindacale con le modalità concordate tra la FIBA e la
 competente Associazione imprenditoriale.

**La presente annulla e sostituisce ogni precedente adesione ad altri
 Sindacati.**

____/____/200__
 data

 firma



Spett.le Fiba/Cisl - Sindacato Territoriale di _____

II/La sottoscritto/a _____

nato a _____ (prov.____) in data ____/____/19__

residente a _____ (prov.____)

CAP _____ via _____ n.____

tel. abitazione _____ tel. cellulare _____

codice fiscale

titolo di studio _____

dipendente del/della _____

sede di _____ servizio/dipendenza _____

telefono ufficio _____ qualifica _____

e-mail casa _____@_____

e-mail ufficio _____@_____

Chiede di aderire alla Vostra Organizzazione Sindacale.

____/____/200__
 data

 firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art. 10 della legge n. 657/96, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale, siano comunicati al datore di lavoro ed agli Enti previdenziali e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.

____/____/200__
 data

 firma leggibile

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art. 10 della legge n. 657/96, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale, siano comunicati al datore di lavoro ed agli Enti previdenziali e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.

____/____/200__
 data

 firma leggibile