

REGOLAMENTO ATTUATIVO DEL FONDO SANITARIO INTEGRATIVO “SANIFONDS TRENINO”

ARTICOLO 1 FONTI ISTITUTIVE DI SANIFONDS TRENINO

1.1. Il presente Regolamento contiene le norme per il funzionamento di Sanifonds Trentino, Fondo Sanitario Integrativo della Provincia di Trento (di seguito “Fondo”), costituito con atto pubblico il giorno 8 luglio 2013, in attuazione dell’Accordo istitutivo del 8 luglio 2013.

1.2. Il Fondo ha lo scopo di garantire forme integrative di assistenza sanitaria a favore dei beneficiari, così come individuati dallo Statuto.

1.3. Il Regolamento - applicativo dello Statuto di Sanifonds Trentino - è adottato ai sensi dell’art. 17 dello stesso Statuto e può essere modificato con delibera del Consiglio di Amministrazione del Fondo.

1.4. Per quanto non espressamente previsto dal presente Regolamento si intendono richiamate le norme dell’Atto costitutivo, dello Statuto e le disposizioni dell’Accordo istitutivo e dei contratti, accordi o regolamenti aziendali vigenti.

1.5. Qualsiasi notizia concernente lo stato di salute degli iscritti è strettamente riservata. Coloro che ne abbiano notizia per ragioni del proprio mandato sono tenuti al segreto. Possono essere divulgate informazioni relative al Fondo solo in forma di relazione complessiva, ancorché riferita a singole prestazioni o a dati statistici e comunque nel rispetto delle normative vigenti e delle statuizioni riportate nel successivo art. 12 del presente Regolamento.

ARTICOLO 2 ASSOCIATI AL FONDO

2.1 Sono associati al Fondo i Soci fondatori che figurano nell’Atto costitutivo e coloro che hanno acquisito tale qualifica successivamente: Provincia Autonoma di Trento, Associazione albergatori e imprese turistiche della provincia di Trento, Confcommercio-Imprese per l’Italia Trentino, Associazione artigiani e piccole imprese della provincia di Trento, Confesercenti del Trentino, Cooperazione Trentina, Confindustria Trento, CGIL del Trentino, USR CISL del Trentino C.S.R. UIL di Trento, CISPEL-Federservizi Trentino-Alto Adige.

2.2. Possono inoltre assumere la qualifica di associati al Fondo, associazioni datoriali e organizzazioni sindacali di rilievo provinciale rappresentative di lavoratori dipendenti che svolgono la loro attività prevalentemente nella provincia di Trento, che non hanno sottoscritto l’Atto costitutivo.

2.3. La richiesta dovrà essere presentata per iscritto al Fondo indicando aziende e numero di lavoratori interessati e allegando l'accordo di adesione sottoscritto. L'accoglimento o il rigetto della domanda, che saranno comunicati entro 60 giorni dal ricevimento della stessa, sono rimessi alla valutazione del consiglio di amministrazione.

Nella valutazione si terrà conto della rappresentatività dell'organizzazione sul territorio e dell'omogeneità delle condizioni previste nell'accordo di adesione rispetto a quelle definite negli accordi stipulati dai Soci che hanno sottoscritto l'Atto costitutivo.

ARTICOLO 3 ADERENTI AL FONDO

3.1. Possono assumere la qualifica di aderenti al Fondo i datori di lavoro di qualsiasi settore, pubblico o privato, alle condizioni e con le modalità definite dai contratti e accordi collettivi di lavoro, nazionali, territoriali e/o aziendali, stipulati dalle associazioni datoriali e dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori firmatarie dell'Accordo istitutivo o dalle loro articolazioni categoriali o previsti da regolamenti aziendali o da deliberazioni assunte nel rispetto dei rispettivi ordinamenti societari.

3.2. Il datore di lavoro è tenuto ad aderire al Fondo:

- a fronte della scelta di adesione da parte di uno o più lavoratori propri dipendenti, qualora questa modalità sia prevista dalla regolamentazione di cui al capoverso precedente (3.2.);
- nel caso in cui sia tenuto a garantire prestazioni sanitarie a tutti i propri lavoratori dipendenti, qualora questa modalità sia prevista dalla regolamentazione di cui al capoverso precedente (3.2.).

3.3. L'adesione del datore di lavoro e l'iscrizione del lavoratore, nonché la fornitura periodica dei dati relativi al datore di lavoro aderente, ai beneficiari e alla contribuzione, avvengono di norma per via telematica, secondo le modalità e la modulistica disposte dal Fondo.

3.4 Il Fondo rende disponibile, ai fini della sopra menzionata iscrizione, la documentazione informativa costituita da Statuto, Regolamento, Piano Sanitario per l'anno in oggetto e l'informativa sul trattamento dei dati personali.

3.5. Il Fondo, verificata la esaustività delle informazioni contenute nella domanda di adesione, comunica al datore di lavoro l'accoglimento della domanda, le modalità di versamento della contribuzione e quelle di fornitura dei dati relativi ai lavoratori iscritti e ai beneficiari.

ARTICOLO 4 ISCRITTI AL FONDO

4.1. Possono assumere la qualifica di iscritti al Fondo: a) i lavoratori dipendenti dai datori di lavoro di cui ai punti precedenti secondo quanto previsto dai contratti e accordi collettivi di lavoro, nazionali, territoriali e/o aziendali, o previsti da regolamenti aziendali o da deliberazioni assunte nel rispetto dei rispettivi ordinamenti societari; b) i familiari dei lavoratori dipendenti iscritti al Fondo.

4.2. Con riferimento agli iscritti di cui al precedente punto 4.1. a), i datori di lavoro nelle condizioni di cui al precedente comma 3.1, comunicano mediante modello di adesione predisposto dal Fondo l'elenco degli iscritti titolari della copertura sanitaria integrativa:

La comunicazione del sopra menzionato elenco avviene, di norma, entro il 31.03 di ogni anno, relativamente a tutti i dipendenti che abbiano maturato alla data i requisiti per l'iscrizione; il Fondo può, in ogni caso, autorizzare differenti tempistiche di iscrizione, ove compatibili con i contratti, regolamenti e deliberazioni istitutive e con l'ordinario funzionamento del Fondo.

Le variazioni dell'elenco sono comunicate con periodicità trimestrale dai datori di lavoro.

L'iscritto è tenuto a comunicare al Fondo, per il tramite del datore di lavoro, ogni variazione o aggiornamento dei propri dati.

4.3 Con riferimento agli iscritti di cui al punto 4.1. b), possono assumere la qualifica di iscritti i componenti del nucleo familiare, dovendosi intendere con ciò il coniuge (o convivente more uxorio) e i figli maggiorenni e minorenni presenti sulla certificazione di stato di famiglia. Sono considerate eleggibili all'iscrizione al Fondo, inoltre, le persone in affidamento familiare presso iscritti al Fondo non oltre il periodo di affidamento stesso, ivi compreso i figli in affidamento condiviso a prescindere dalla residenza anagrafica

4.4 La richiesta di iscrizione del nucleo familiare è formulata - su base volontaria - da parte dell'iscritto ed ha per oggetto obbligatoriamente tutti i soggetti presenti nello stato di famiglia. E' ammessa la possibilità per l'iscritto di escludere dalla sopra menzionata richiesta di iscrizione del nucleo familiare esclusivamente il coniuge (o altro componente del nucleo) che risulti titolare di altra copertura sanitaria integrativa, dovendosi intendere con essa l'iscrizione ad altro fondo sanitario integrativo.

4.5. L'entità della contribuzione annuale per il familiare iscritto e i termini per il completamento dell'iscrizione sono riportati esplicitamente nel Piano sanitario annuale del Fondo. In ogni caso,

il Fondo si impegna a prevedere una contribuzione piena per i familiari maggiorenni (coniuge e figli maggiori di 18 anni) e una contribuzione ridotta per i figli minori di 18 anni.

4.6 Possono mantenere la qualifica di iscritti, anche ai soli fini della assicurazione contro i rischi di non autosufficienza, gli iscritti in caso di cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento o accompagnamento alla pensione o certificazione dello stato di non autosufficienza. Le condizioni attuative, comprensive di definizione delle modalità di adesione, della contribuzione dovuta e delle prestazioni usufruibili, saranno definite dal Fondo e opereranno a partire dal 1 gennaio 2019.

ARTICOLO 5 MODIFICA DEGLI ASSETTI AZIENDALI

5.1. Nei casi di modifica dell'inquadramento dell'attività dell'impresa, ovvero di trasferimento di azienda o di ramo d'azienda, di fusione, scissione o altre vicende modificative dell'assetto giuridico originario, comportanti l'applicazione ai lavoratori iscritti al Fondo di un contratto collettivo che non prevede l'adesione al Fondo, i datori di lavoro interessati e/o le relative rappresentanze sindacali dei lavoratori (tramite apposito accordo aziendale) possono rimanere associati al Fondo manifestandone espressamente la volontà .

ARTICOLO 6. VERSAMENTO DELLE CONTRIBUTIONI DEGLI ADERENTI E DEGLI ISCRITTI

6.1. I datori di lavoro versano al Fondo, di norma entro il 16 del mese successivo alla conclusione del trimestre di cui al precedente art. 4.2 le contribuzioni dovute al Fondo.

6.2 La contribuzione relativa agli iscritti in elenco viene versata, di norma, in unica soluzione. Il Fondo può autorizzare la rateizzazione periodica del versamento, ove ciò sia previsto da contratto, accordo o regolamento aziendale.

6.3 Gli iscritti che richiedono la copertura dei familiari versano la contribuzione dovuta al Fondo entro 30 giorni dalla formalizzazione della richiesta di iscrizione.

6.3 bis Nei casi in cui la contribuzione è a carico del singolo iscritto, può essere versata in un'unica soluzione oppure in più rate, secondo le indicazioni del fondo.

6.4. Il versamento dei contributi, costituito dall'ammontare totale dei contributi dovuti per tutti gli iscritti in elenco, deve essere effettuato tramite le modalità di pagamento formalmente comunicate dal Fondo ai datori di lavoro e agli iscritti.

6.5. Il Fondo, in caso di riscontrata inesattezza o incompletezza del versamento, informerà tempestivamente il datore di lavoro o l'iscritto per la regolarizzazione. La regolarizzazione dovrà avvenire entro 45 giorni dalla data di tale comunicazione. Trascorso tale termine, il Fondo informerà il datore di lavoro e i lavoratori interessati, sospendendo l'erogazione delle prestazioni.

6.6. L'erogazione delle prestazioni sarà ripristinata successivamente alla regolarizzazione della posizione.

ART.7 VERSAMENTI RITARDATI O MANCATI

7.1. Il mancato versamento dei contributi dovuti per un periodo continuativo di 6 mesi , attiva la procedura di esclusione degli aderenti.

7.2. Prima di procedere con l'effettiva esclusione, il Fondo, che ha già sollecitato il datore di lavoro e sospeso l'erogazione delle prestazioni come previsto, invia tempestivamente una comunicazione al datore di lavoro e per conoscenza alle organizzazioni sindacali di categoria, per la regolarizzazione. La regolarizzazione dovrà avvenire entro 45 giorni dalla data di tale comunicazione. Trascorso infruttuosamente tale termine, il Fondo informerà il datore di lavoro e i lavoratori interessati della volontà di escluderli.

7.3. Il datore di lavoro che intende essere riammesso nel Fondo dovrà effettuare una specifica istanza al Consiglio di Amministrazione, che valuterà i termini e le modalità dell'eventuale rientro.

ARTICOLO 8. SOSPENSIONE, CESSAZIONE E USCITA VOLONTARIA DAL FONDO

8.1. Nei casi di sospensione del rapporto di lavoro , o di assenze per le quali non sia previsto il versamento della retribuzione, qualora prevista da contratti, accordi collettivi o altro, è di norma sospesa la contribuzione al Fondo, a far data dal primo periodo non coperto dalla contribuzione versata in ottemperanza a quanto statuito dal precedente art.4.2

8.1 bis Per gli eventi sospensivi di cui ai commi precedenti, in presenza di accordi, anche individuali, che prevedano la normale copertura contributiva viene mantenuto il diritto per i lavoratori interessati al godimento delle prestazioni del Fondo.

8.1 ter. È fatta inoltre salva la facoltà del lavoratore, in stato di sospensione e per i casi di cui ai commi precedenti, di decidere volontariamente di continuare a usufruire delle prestazioni del

Fondo. In tal caso sarà il lavoratore a versare al Fondo la contribuzione complessivamente dovuta.

8.2 La cessazione dello status di iscritto al Fondo e del conseguente diritto alle prestazioni garantite dal Fondo, è prevista nei seguenti casi:

- cessazione del rapporto di lavoro dipendente salvo i casi previsti di regolare copertura contributiva di cui al successivo art. 8.3.
- decesso
- esclusione operata dal Fondo disposta in presenza di irregolarità o abusi.

8.2 bis La cessazione dello status di iscritto di cui al precedente art. 8.2 comporta la decadenza dell'iscrizione - e con essa della copertura sanitaria integrativa - del familiare. Tale cessazione ha effetto a partire dal primo periodo non coperto dal versamento contributivo.

8.3 Con riferimento ai lavoratori in stato di disoccupazione a seguito di cessazione del rapporto di lavoro con il datore di lavoro aderente al Fondo, in presenza di esplicita previsione contenuta nei contratti, accordi o regolamenti aziendali che istituisca per il datore l'obbligo di versamento della contribuzione, è ammessa l'estensione della copertura sanitaria integrativa per un periodo massimo di 24 mesi

8.3 bis E' fatta inoltre salva la facoltà del lavoratore iscritto in stato di disoccupazione di decidere volontariamente di continuare a usufruire delle prestazioni del fondo per un periodo massimo di 24 mesi. In tal caso sarà il lavoratore iscritto a versare la contribuzione dovuta, che sarà di entità corrispondente a quella versata in precedenza

8.4 Gli iscritti al Fondo possono esercitare il diritto di recesso non prima che siano trascorsi 3 anni consecutivi dalla fruizione della copertura sanitaria

8.4 bis. Il diritto di recesso viene esercitato tramite compilazione del modulo di recesso predisposto allo scopo dal datore di lavoro, entro il 30.09 del terzo anno di fruizione della copertura sanitaria.

8.4. ter L'uscita dal Fondo determina la cessazione dell'obbligo contributivo del lavoratore e del datore di lavoro, nonché la cessazione del diritto alle prestazioni per eventi intervenuti, dal periodo contributivo successivo.

ARTICOLO 9 QUOTA DESTINATA ALLE SPESE DI FUNZIONAMENTO

9.1. Per il funzionamento del Fondo è previsto l'utilizzo di una quota parte dei contributi il cui ammontare è stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione del Fondo in sede di approvazione del bilancio preventivo.

ARTICOLO 10 PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL FONDO

10.1. Le prestazioni sanitarie e i contributi economici erogati dal Fondo, che hanno carattere prevalentemente integrativo del Servizio sanitario nazionale, sono previsti dal nomenclatore/Piano sanitario riservato alla popolazione interessata dal contratto, accordo o regolamento aziendale vengono riconosciuti ai beneficiari sulla base di idonea documentazione richiesta dal fondo o indicata nel nomenclatore stesso.

10.2. Le domande per prestazioni sanitarie e contributi economici vanno presentate dai beneficiari esclusivamente sulla base della modulistica e conformemente alle modalità indicate nel Piano sanitario di riferimento.

10.3 Il Fondo assume nei confronti degli aderenti e degli iscritti l'obbligo di comunicare tutte le informazioni necessarie alla formulazione delle domande di rimborso tramite: a) la pubblicazione sul sito Internet del Piano sanitario e/o di altra documentazione utile allo scopo; b) alternativamente, tramite l'invio della sopra menzionata documentazione in formato cartaceo all'indirizzo fornito dal datore di lavoro aderente.

10.4. Le prestazioni sanitarie e i contributi economici erogati dal Fondo sono rapportati alla contribuzione versata, come previsto dal contratto, accordo o regolamento aziendale; le prestazioni sanitarie e i contributi economici erogati dal Fondo sono di norma riproporzionati in caso di contribuzione ridotta.

10.5. Il fondo ha lo scopo di garantire ai beneficiari prestazioni sanitarie nei limiti delle contribuzioni raccolte e sino a capienza delle proprie disponibilità.

10.6. Il fondo può operare in regime di unica gestione o di più gestioni separate, secondo quanto deliberato dal cda, nel caso i contratti collettivi di adesione prevedano contribuzioni di entità differente.

10.6 bis. Il Fondo alloca le risorse disponibili sui vari ambiti di intervento previsti dal Piano sanitario in funzione delle domande pervenute, fermo restando il rispetto della quota minima

da destinarsi a prestazioni integrative del sistema sanitario pubblico di cui al D.M. del 27.10.2009.

10.7. Il Fondo eroga le prestazioni a favore dei beneficiari al momento della formulazione della richiesta di rimborso sono iscritti al Fondo o per coloro a beneficio dei quali, relativamente al periodo dell'evento, sia stata versata contribuzione a regolare copertura.

10.7 bis. Nel Piano sanitario/Nomenclatore sono indicati, in base alle varie tipologie di prestazione le modalità di richiesta di rimborso, i massimali di rimborso annui e/o per prestazione, l'eventuale soglia di richiesta di rimborso al di sotto della quale non si può attivare la richiesta.

Il Fondo eroga il rimborso, di norma, entro 60 giorni dalla presa in carico della richiesta.

Nel caso in cui la domanda di rimborso risulti incompleta, il Fondo formalizza all'iscritto - sempre entro 60 giorni dalla presa in carico della richiesta e all'indirizzo mail indicato nel modulo di domanda compilato - la richiesta di integrazione documentale. L'iscritto ha l'obbligo di presentare le integrazioni richieste entro il termine massimo di 30 giorni - fatta salva la presenza di impedimenti oggettivi - decorso il quale il Fondo comunicherà il respingimento della richiesta.

10.8 Sono fatte salve diverse regolamentazioni contenute nel Piano sanitario/ nomenclatore o di azienda relative alle varie tipologie di interventi.

ARTICOLO 11. MODIFICHE AL REGOLAMENTO E AL NOMENCLATORE.

11.1. Il presente regolamento potrà essere modificato con delibera del Consiglio di Amministrazione ai sensi dell'articolo 17 dello Statuto.

11.2 Per quanto non espressamente previsto dal presente Regolamento si intendono richiamate le norme dell'Accordo istitutivo, dell'Atto costitutivo, dello Statuto, degli Accordi collettivi di adesione e delle delibere del Consiglio di Amministrazione del Fondo.

ARTICOLO 12. PRIVACY E TUTELA DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

12.1. Tutti i dati relativi agli aderenti e agli iscritti saranno trattati dal Fondo in coerenza con la normativa vigente in materia, secondo le modalità esplicitate nell'informativa acclusa alla modulistica per la richiesta rimborsuale e l'iscrizione dei familiari.