



Fondo Sanitario Arcobaleno: REGOLAMENTO

Art. 1 – Ambito di applicazione

Il presente Regolamento è redatto a norma dell'Art. 7 punto 2 comma d dello Statuto Sociale, e ne costituisce parte integrante, allo scopo di:

- disciplinare i rapporti in essere ed in divenire tra il Fondo Arcobaleno e le Società partner chiamate ad erogare prestazioni sanitarie agli iscritti;
- stabilire le modalità di interazione dei soggetti coinvolti (iscritti beneficiari, familiari aventi diritto, aziende, associazioni ed enti convenzionate/i, soci promotori)

Le norme contenute nel presente regolamento sono vincolanti per tutti gli iscritti al Fondo.

Art. 2 – Organi del Fondo

Sono organi del Fondo l'Assemblea dei delegati, il Consiglio di Amministrazione, il Presidente, il Vice Presidente e il Collegio Sindacale. Per quanto concerne compiti, poteri, convocazioni e nomine si rinvia agli Art. 5 e successivi, dello Statuto Sociale.

Art. 3 - Soci Promotori, Aziende, Associazioni ed Enti Convenzionati

Lo statuto del Fondo, pur non inserendo i "Soci Promotori" tra gli Organi del Fondo, regola il ruolo delle Parti che hanno fondato ARCOBALENO.

Essi sono: la FILCA CISL Nazionale, la FILCA CISL Regionale del Veneto e la FILCA CISL Provinciale di Treviso.

Tuttavia, possono diventare Soci Promotori tutte le Strutture territoriali e regionali della FILCA CISL che possono vantare un numero di lavoratori iscritti al Fondo superiore a 500.

I tre Soci fondatori ed eventualmente gli ulteriori Soci Promotori che dovessero aggiungersi in futuro, potranno coadiuvare il fondo in alcune funzioni particolari (governance, amministrazione, promozione, gestione organizzativa, ecc...). Per questi ruoli, opportunamente previsti e delimitati dal Consiglio di Amministrazione del Fondo, saranno pattuiti dei compensi in forma forfettaria, calcolati o rimodulati ogni anno sulla base delle disponibilità di bilancio. Tali compensi saranno versati nell'anno di riferimento con una rateazione che non pregiudichi la liquidità del Fondo stesso.

I Soci Promotori potranno proporre al Fondo lo scioglimento dello stesso e tuttavia, nella eventualità di questa richiesta, sarà l'Assemblea del Fondo a decidere in merito.

I Soci Promotori avranno inoltre la possibilità di motivare al Consiglio di Amministrazione eventuali richieste di dilazione dei versamenti della contribuzione al Fondo, formulate da aziende o strutture del proprio territorio o Regione. In questo caso il Consiglio di Amministrazione deciderà con proprio insindacabile giudizio.

Per associarsi al Fondo le Aziende, le Associazioni e gli Enti Convenzionati - di cui all'art. 3, comma 6 dello Statuto Sociale - devono far pervenire al Fondo stesso specifica domanda di convenzionamento, che dovrà avere il seguente contenuto minimo:

- l'approvazione dell'Atto Costitutivo, dello Statuto e del Regolamento del Fondo;
- per le Aziende, il numero iniziale dei dipendenti iscrivibili al Fondo.

Spetta al Consiglio di Amministrazione del Fondo deliberare sulla non ammissibilità della richiesta di associazione e sulla eventuale esclusione delle Aziende, Associazioni ed Enti Convenzionati.

Il convenzionamento decorre dal giorno di versamento al Fondo del primo contributo ovvero dalla diversa data condivisa per iscritto tra le parti.

Possono essere previste una quota di adesione una tantum ed una quota associativa annua, da determinarsi annualmente dal Consiglio di Amministrazione del Fondo.

Le Aziende Convenzionate comunicano alla Cassa, mediante una procedura informatizzata presente nel sito Internet, i dati anagrafici necessari per la registrazione dei lavoratori iscritti e degli eventuali familiari per i quali il lavoratore - qualora il suo piano sanitario lo preveda - abbia chiesto l'inclusione in copertura.

Nel caso di impossibilità di utilizzo della predetta procedura informatizzata, la comunicazione di cui al comma precedente avverrà tramite l'invio a mezzo posta elettronica del modulo di iscrizione debitamente compilato in ogni sua parte.

Art. 4 – Requisiti per l'iscrizione al Fondo

Sono titolari dell'iscrizione al Fondo coloro che hanno sottoscritto e fatto pervenire al Fondo stesso l'apposito modulo di iscrizione e siano in possesso dei seguenti requisiti:

- a) dipendenti di aziende Convenzionate che aderiscono al fondo a seguito della stipulazione di un accordo o regolamento;
- b) dipendenti e/o operatori in aspettativa delle strutture sindacali nelle quali sia prevista la possibilità di iscrizione al fondo;
- c) Lavoratori con redditi di lavoro assimilati a quello di lavoro dipendente, che si impegnano a seguito di un accordo o un regolamento aziendale al versamento dei contributi al fondo, direttamente o tramite l'azienda Convenzionata;
- d) Gli iscritti/associati alle Associazioni ed agli Enti convenzionati che ne facciano specifica richiesta con adesione al Fondo su base collettiva;
- e) Le persone fisiche che ne facciano specifica richiesta e che aderiscono al fondo a titolo individuale.

La domanda di iscrizione al Fondo di un nuovo soggetto si effettua mediante la compilazione e la sottoscrizione dell'apposito "Modulo di Adesione". La prima delle tre copie di cui detto modulo è composto, in caso di adesione di soggetti di cui alle precedenti lettere a) e c), deve essere debitamente controfirmata anche dall'azienda.

La domanda di adesione deve necessariamente e celermente pervenire in originale presso la sede amministrativa del Fondo in via Piave 7 – 30170 Mestre (VE) tramite l'azienda, l'operatore sindacale o tramite raccomandata A/R.

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo delibera in merito all'accoglimento, alla verifica e al recepimento degli accordi che prevedono l'adesione al Fondo.

Per associarsi al Fondo, gli aderenti su base individuale - di cui all'art. 4, comma 1, lett. e) dello Statuto Sociale - devono far pervenire al Fondo stessa specifica domanda.

Nel caso in cui il Consiglio ravvisi elementi ostativi all'adesione comunica in forma scritta alle parti firmatarie degli accordi stessi il proprio motivato mancato accoglimento.

I lavoratori aderiscono al Fondo per libera scelta individuale nel rispetto della normativa vigente e secondo la procedura prevista dalle norme operative interne.

Il titolare dell'iscrizione può prendere visione dello Statuto del Fondo, del regolamento e dei Piani Sanitari, reperibili nel sito internet www.fondoarcobaleno.it, presso la sede amministrativa, le sedi sindacali e gli operatori.

Con riferimento agli iscritti dei punti a, b, c del precedente comma, nei casi di sospensione del rapporto di lavoro o di assenza, in cui sussista il diritto ad un trattamento retributivo per periodi pari o superiori ad un mese, quali aspettative o permessi, a qualsiasi titolo, assenze per malattia o per maternità obbligatoria, sospensione dal lavoro con intervento della cassa integrazione guadagni, l'obbligo della contribuzione a carico dell'impresa non potrà variare per mantenere il diritto alle prestazioni.

L'iscrizione del lavoratore decade al momento della cessazione del rapporto di lavoro con l'azienda.

Il C.d.A. può altresì deliberare l'esclusione dell'iscritto e dell'azienda in caso di inadempimento dell'obbligo contributivo e/o in caso di comportamento che possa recare danno al Fondo stesso.

Le Aziende, le Associazioni e gli Enti Convenzionati possono recedere dal convenzionamento al Fondo nei termini e con le modalità previste nella singola Convenzione.

L'aderente a titolo individuale, può rinunciare alla partecipazione al Fondo ferma restando la necessità, comunque, di assicurare un periodo minimo di permanenza pari a dodici mesi a decorrere dalla data di iscrizione. In caso di rinuncia volontaria alla partecipazione, l'aderente a titolo individuale deve compilare l'apposito modulo e trasmetterlo al Fondo entro e non oltre il 15 novembre dell'anno in corso al momento della rinuncia.

L'aderente può revocare la rinuncia volontaria all'iscrizione, purché la revoca pervenga al Fondo, mediante raccomandata AR, entro e non oltre il 15 novembre dell'anno in cui ha comunicato la volontà di recesso, fermo rimanendo il termine minimo di cui al precedente comma.

L'uscita dal Fondo per una qualsiasi delle altre cause di cessazione statutariamente previste deve essere comunicata per iscritto al Fondo e - con esclusione degli aderenti a titolo individuale - anche, rispettivamente, alle Aziende e alle Associazioni Convenzionate di appartenenza. L'uscita dal Fondo dell'iscritto beneficiario comporta l'uscita automatica dei familiari eventualmente inclusi in copertura.

L'obbligo contributivo ed il diritto alle prestazioni persistono sino alla fine dell'anno in corso al momento della cessazione. Sono rimborsate le prestazioni per le quali siano esibite ricevute/fatture riportanti data di emissione non posteriore al 31 Dicembre dell'anno in corso al momento dell'esercizio della cessazione.

In ogni caso possono mantenere l'adesione i lavoratori che abbiano perso i requisiti richiesti per essere iscritti beneficiari secondo quanto previsto (dallo statuto sociale) e che ne facciano espressa richiesta al Fondo. È facoltà del Consiglio di Amministrazione rigettare motivatamente la richiesta.

Art. 5 – Contributi / Quote mensili

Il contributo dovuto al Fondo per i casi di cui ai punti a), b), c) e d) dell'art. 4, è a carico dell'Azienda, Associazione o Ente, nella misura stabilita dal relativo accordo collettivo/integrativo di riferimento. Detto contributo dovrà essere versato al Fondo in rate mensili di importo costante, con i tempi e le modalità stabilite dal successivo art. 6.

Relativamente al **primo versamento** per un "nuovo iscritto" (di cui ai punti a), b), c) e d) dell'art. 4):

- le Aziende, Associazioni o Enti inizieranno a versare le quote per i nuovi iscritti, indicandole mensilmente nelle rispettive buste paga, diversamente a seconda della data d'iscrizione: se questa è avvenuta nei primi 15 giorni, quindicesimo compreso, l'Azienda, Associazione o Ente verserà per l'intero mese mentre se avviene successivamente inizierà a versare da quello successivo. Ad es. per un iscritto il 10 novembre, l'azienda verserà entro il 15 dicembre una quota per l'intero mese di novembre indicata anche nella sua busta paga; per un iscritto il 20 novembre l'azienda dovrà versare entro il 15 gennaio la quota di dicembre.
- Il nuovo iscritto avrà diritto alle prestazioni previste dal Piano Sanitario dal primo giorno del mese di versamento, da parte dell'Azienda, Associazione o Ente, della terza quota mensile.
- L'iscrizione al Fondo rimane sospesa fino al riscontro del versamento della prima quota mensile da parte dell'Azienda, Associazione o Ente.

Nel caso in cui un'Azienda, Associazione o Ente versi in **ritardo** la contribuzione prevista, il fondo si comporterà come segue:

- Entro 10 giorni dal mancato versamento il fondo invierà un primo sollecito, invitando l'azienda o la struttura interessata a versare con sollecitudine gli importi di contribuzione previsti;
- Qualora, entro un mese dal mancato versamento, l'azienda o la struttura interessata non abbia ancora provveduto a bonificare gli importi previsti, il fondo invierà un secondo sollecito quantificando anche la rivalutazione monetaria e gli interessi di mora definiti successivamente dal presente articolo. Rivalutazione monetaria ed interessi di mora decorreranno dalla scadenza del mancato versamento;
- Qualora l'azienda o la struttura interessata non abbia provveduto al versamento della contribuzione entro due mesi dal mancato versamento, il fondo informerà i lavoratori interessati comunicando che le prestazioni erogate dal fondo verranno sospese con decorrenza immediata fino a quando l'azienda o la struttura interessata non avranno regolato la propria posizione. Rivalutazione monetaria ed interessi di mora decorreranno fino alla regolarizzazione dei versamenti;

- Qualora le Aziende, Associazioni o Enti risultassero inadempienti dopo tre mesi dal mancato versamento, il C. d A. del fondo valuterà se ricorrere ad uno studio legale per recuperare il credito vantato e i danni eventuali arrecati al fondo;
- Eventuali richieste per dilazione di pagamento da parte di aziende o strutture sindacali potranno essere presentate al C. d A. del Fondo, esclusivamente tramite i soci promotori i quali dovranno correlare la richiesta con le specifiche motivazioni;
- Gli importi della rivalutazione monetaria e degli interessi di mora di cui ai precedenti commi, sono quelli in vigore, previsti dalla legge.

Relativamente all' esclusione di un iscritto si stabilisce che:

- L'Azienda, Ente o Associazione sono tenuti a pagare il mese corrispondente alla data di uscita effettiva dalla copertura assicurativa, per intero.
- Per uscita effettiva si intende l'interruzione del servizio di assistenza che avviene l'ultimo giorno di ogni mese per i nominativi segnalati entro il giorno 15 dello stesso.
- Se l'eventuale dimissione dovesse essere comunicata successivamente, l'azienda/struttura è tenuta a versare le quote anche per il mese seguente.

Il Fondo si fa carico di verificare la puntualità e la correttezza degli importi raccolti e di inviare i dati relativi alla compagnia assicuratrice.

Art 5 bis

Gli aderenti su base individuale di cui all'art. 4, comma 1, lett. e) dello Statuto Sociale provvedono al pagamento dei contributi secondo le modalità stabilite in sede di adesione al Fondo, nella misura prevista dal Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Per l'iscrizione al Fondo dei familiari aventi diritto, qualora prevista, è richiesto il pagamento di una quota aggiuntiva con le modalità previste nell'atto di convenzione o di adesione per gli iscritti su base individuale.

Per la copertura delle spese di funzionamento del Fondo, dai contributi versati potrà essere prelevata una quota associativa, in base a quanto stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione.

Art. 6 – Raccolta e trasferimento dati

Entro e non oltre il giorno 16 di ogni mese le aziende dovranno inviare al Fondo, mezzo fax (041/5330883) o posta elettronica (info@fondocobaleno.it), un tracciato *Excel* contenente nome, cognome e codice fiscale degli iscritti mettendo in evidenza gli eventuali nuovi aderenti, al fine di permettere al Fondo di predisporre l'invio dei dati alla società assicuratrice.

L'azienda si curerà altresì di comunicare tempestivamente, sempre nei modi sopraindicati, le eventuali dimissioni o esclusioni dei lavoratori. In caso di mancata comunicazione l'azienda dovrà provvedere ai pagamenti fino alla data in cui il Fondo farà decadere l'iscrizione del lavoratore.

Art. 7 – Raccolta e trasferimento contributi

Entro e non oltre il giorno 16 del mese di competenza, ciascuna azienda dovrà:

- versare un importo pari al monte quote mensili (vedi art. 4) mediante bonifico bancario indicando nella causale la ragione sociale ed il mese di riferimento;
- inviare copia della distinta o indicazione del numero di CRO del bonifico effettuato via fax o mail.

Il conto corrente presso il quale effettuare l'accredito sarà comunicato di volta in volta.

Si ricorda inoltre che, per i versamenti dovuti a Casse integrative previdenziali ed assistenziali nelle modalità previste dall'art 51 comma 2 del Tuir, è dovuto **all'INPS** il contributo di solidarietà pari al 10% degli importi versati. Il versamento del contributo di solidarietà deve essere versato con la denuncia contributiva relativa al mese nel corso del quale si verifica il versamento al fondo.

Art. 8 – Prestazioni

Il Fondo può garantire ai propri Associati forme integrative di assistenza per i casi di malattia e/o invalidità e/o infortunio e/o non autosufficienza e/o assistenza e/o morte in favore degli iscritti beneficiari di cui all'articolo 4 dello Statuto Sociale.

Con riferimento alle coperture di cui al comma 1 del presente articolo, l'elenco delle coperture garantite e delle prestazioni rimborsabili, le decorrenze, le basi tecniche di riferimento, i termini e le modalità di liquidazione/rimborso/indennizzo, sono dettagliati in appositi Nomenclatori/Tariffari.

Il Fondo può stipulare con primarie compagnie di assicurazione e/o mutue sanitarie dei specifici piani volti a garantire agli iscritti le prestazioni di cui al comma precedente; in tal caso le prestazioni avranno scadenza alle ore 24 del 31/12 di ogni anno.

Sarà cura del Cda attivare il rinnovo o le modifiche dei piani nei tempi utili alla più efficace e continua copertura assicurativa degli iscritti.

Art. 9 – Rimborsi

In caso di ricorso alle prestazioni previste dai piani sanitari, l'interessato dovrà far pervenire al Fondo Arcobaleno tutta la documentazione medica e tutti i giustificativi di spesa necessari ad una corretta e tempestiva liquidazione di quanto previsto.

Per documentazione si intende il relativo modulo debitamente compilato e firmato, i ticket o le eventuali ricevute/fatture di pagamento che attestano le spese sostenute per controlli, accertamenti o quant'altro richiesto dal Piano Sanitario, al fine di poter ottenere il rimborso che avverrà tramite bonifico bancario, direttamente dalla compagnia assicuratrice all'iscritto. Il termine massimo entro cui presentare domanda di rimborso a Fondo Arcobaleno è pari a 24 mesi dalla data indicata nel ticket o nella ricevuta di pagamento: farà fede la data di invio.

Art. 10 – Adesione nucleo familiare

I familiari, coniuge o convivente e i figli tutti risultanti dallo stato famiglia, possono essere inclusi, se previsto nei singoli piani, al momento dell'iscrizione, a patto che il nucleo aderisca in toto, previa compilazione della scheda anagrafica e versamento delle relative quote annue previste nei singoli piani. Tali quote, da dividersi per 12 mensilità, verranno detratte dall'azienda o dalla struttura sindacale dalla busta paga del lavoratore con le stesse modalità e scadenze usate per l'iscritto. È possibile raggruppare più quote mensili

in un solo versamento ma solo previo accordo sulle procedure con il Fondo Arcobaleno che chiederà un impegno scritto.

Se non effettuato al momento dell'iscrizione, l'inserimento dei familiari può essere effettuato alla fine dell'anno solare consegnando la scheda anagrafica familiari alla propria azienda o struttura sindacale entro il 15 dicembre di ogni anno.

Nel caso in cui l'accordo collettivo preveda l'adesione del nucleo familiare, l'iscritto è tenuto a comunicare tempestivamente ogni variazione della composizione del nucleo.

Art. 11- Prestazione LTC

Il Fondo potrà può stipulare con primarie compagnie di assicurazione e/o mutue sanitarie dei specifici piani volti a garantire la copertura dello stato di non autosufficienza sia in forma diretta che rimborsuale. Le prestazioni nonché i massimali e le altre condizioni sono definiti dai piani di copertura di non autosufficienza stessi. Per effetto di dette condizioni le coperture assicurative avranno scadenza alle ore 24 del 31.12 di ogni anno. Sarà cura del CdA attivare il rinnovo o le modifiche del piano di non autosufficienza nei tempi utili alla più efficace e continua copertura assicurativa degli aventi diritto.

Art. 11 Bis - Rimborsi

In caso di ricorso alle prestazioni previste dai piani di non autosufficienza, l'interessato dovrà far pervenire al Fondo Arcobaleno tutta la documentazione medica e tutti i giustificativi di spesa necessari ad una corretta e tempestiva applicazione di quanto previsto dai piani stessi.

Art.12 - Fondo Interventi Straordinari

Il Fondo interventi straordinari, così come denominato all'articolo 18 dello Statuto, è un fondo rischi la cui alimentazione verrà decisa ogni anno dal Consiglio di Amministrazione del Fondo sia sulla base delle disponibilità di bilancio che rispetto ai criteri di utilizzazione definiti dallo statuto. In ogni caso, l'accantonamento annuo al Fondo Interventi Straordinari non potrà superare il 10% della contribuzione annua.

L'utilizzo del Fondo interventi straordinari potrà essere deciso solo dal Consiglio di Amministrazione del Fondo e dovrà riguardare esclusivamente la casistica esplicitata al comma 2 dell'Articolo 18 dello Statuto.

Nel caso in cui il Fondo non dovesse più essere alimentato, le risorse accumulate e non utilizzate dovranno comunque essere destinate alla erogazione di prestazioni straordinarie per gli iscritti del Fondo.

Pur garantendo la necessaria liquidabilità, le risorse accumulate nel Fondo Interventi Straordinari potranno essere in parte investite in Titoli a breve scadenza e a basso rischio.

Art. 13– Manuale operativo e presidio di controllo

Il Fondo Sanitario Arcobaleno, al fine di raggiungere il migliore assetto organizzativo e gestionale, si dota di un Manuale operativo che contiene tutte le procedure riguardanti ogni tipo di attività, interna o esternalizzata, che lo interessa. Il manuale viene predisposto dal Consiglio di Amministrazione, il quale inserirà eventuali modifiche ogni qual volta si verranno a determinare innovazioni funzionali o organizzative nella gestione del Fondo.

Detto Manuale presuppone che la gestione del Fondo sia improntata alle “migliori pratiche”, definite nel Manuale stesso. Pertanto, la verifica periodica e costante dell’applicazione corretta del Manuale, costituisce un presidio esplicito di “controllo interno”.

Questo presidio di Controllo interno viene attribuito dal Consiglio di Amministrazione al “Responsabile del Fondo”, il quale riferirà periodicamente al Consiglio stesso ed al Collegio dei Sindaci revisori. Il Responsabile, nominato dal Consiglio di Amministrazione, potrà essere individuato tra i Collaboratori che lavorano presso il Fondo oppure avvalendosi di professionalità esterne, acquisite tramite rapporti di collaborazione. Il Responsabile del Fondo non potrà avere funzioni direzionali ma solo compiti di controllo così come esplicitato dal presente articolo del Regolamento.

Art. 14 – Altri aspetti gestionali

Qualora il Fondo ricevesse contributi diversi da quelli destinati mensilmente all’assistenza sanitaria e alla non autosufficienza, questi dovranno essere evidenziati e gestiti con apposita contabilità separata.

Il Fondo è tenuto a predisporre e conservare sempre aggiornati il libro dei verbali del C.d.A., delle Assemblee e del Collegio dei Sindaci.

Per integrare o modificare quanto previsto dal presente Regolamento, il Fondo può predisporre apposite delibere.

Art. 15 – Testi di riferimento

Per quanto non specificato nel presente Regolamento si rimanda a:

- Statuto Sociale Fondo Arcobaleno
- Piani Sanitari del Fondo Arcobaleno
- Piani LTC del Fondo Arcobaleno

Art. 16 - Privacy e tutela dei dati personali e sensibili

1. Tutti i dati conferiti al Fondo saranno trattati dagli Organi della stessa e dagli operatori, secondo le modalità ed entro i limiti previsti dal “Codice in materia di protezione dei dati personali” di cui al D.lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 16 bis – Accertamenti amministrativi e controlli sanitari

Il Fondo può disporre accertamenti amministrativi e/o controlli sanitari riguardanti le richieste di autorizzazione/rimborso/indennizzo avanzate dall’iscritto beneficiario.

Qualora l’iscritto beneficiario non intenda sottoporsi ai predetti accertamenti e/o controlli ovvero non risulti veritiera la richiesta formulata, non si procederà all’autorizzazione della prestazione e/o al rimborso/indennizzo richiesto ed il caso sarà esaminato per eventuali provvedimenti da parte del Consiglio di Amministrazione.