



REGOLAMENTO

Fondo metaSalute

2018

Approvato dal Consiglio di Amministrazione il 24 settembre 2018

DISPOSIZIONI GENERALI

Il presente regolamento disciplina il funzionamento di mètaSalute, il Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti, costituito con atto pubblico il 21 novembre 2011 in attuazione di quanto previsto dal CCNL 15 ottobre 2009 e dall'Accordo Istitutivo del 10 novembre 2011.

Il presente regolamento, applicativo dell'art. 16 del CCNL dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti del 26 novembre 2016 e dello Statuto di mètaSalute e dei successivi accordi intercorsi tra le parti istitutive del Fondo FEDERMECCANICA, ASSISTAL e FIM-CISL, FIOM-CGIL e UILM-UIL è adottato ai sensi dell'art. 20 dello Statuto.

Per quanto non espressamente previsto nel presente regolamento valgono i contenuti dell'Atto Costitutivo, dello Statuto, le disposizioni contenute nel CCNL dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti e negli accordi sottoscritti dalle parti istitutive.

ART. 1

Lavoratori dipendenti

A decorrere dal 1 ottobre 2017 le aziende che applicano il CCNL di cui alle disposizioni generali sono tenute ad aderire al Fondo mètaSalute e ad iscrivere, superato il periodo di prova, tutti i lavoratori dipendenti a cui vengono applicate le seguenti forme contrattuali:

- tempo indeterminato compresi i lavoratori part-time e a domicilio;
- apprendistato;
- tempo determinato di durata non inferiore a 5 mesi a decorrere dall'iscrizione;

A decorrere dal 1 aprile 2018 le aziende che applicano il CCNL del settore orafo, argentiero e della gioielleria sono tenute ad aderire al Fondo mètaSalute ed iscrivere, superato il periodo di prova, tutti i lavoratori dipendenti a cui vengono applicate le seguenti forme contrattuali:

- a tempo indeterminato compresi i lavoratori part-time e a domicilio;
- apprendistato;
- a tempo determinato di durata non inferiore a 5 mesi a decorrere dalla data d'iscrizione

È facoltà del lavoratore esprimere rinuncia scritta all'adesione a mètaSalute da comunicare alla propria azienda. Possono altresì aderire a mètaSalute:

- i lavoratori con le caratteristiche definite ai precedenti punti a cui si applicano contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dalle stesse organizzazioni sindacali stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti previo accordo, per ciascun settore, tra le citate OOSS dei lavoratori e le rispettive organizzazioni imprenditoriali;
- i dipendenti delle parti stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti anche se distaccati in base alla legge n. 300 del 1970;
- i lavoratori che a seguito di trasferimento d'azienda, operato ai sensi dell'art. 47, L.n. 428/1990, ovvero per effetto di mutamento di attività aziendale, abbiano perso i requisiti di cui al primo comma del presente articolo e le imprese da cui dipendono, possono continuare ad essere soci del Fondo se tale scelta viene concretizzata attraverso la stipula di un accordo aziendale.

ART. 2

Nucleo familiare e conviventi di fatto

Sono destinatari delle prestazioni del Fondo, in aggiunta ai soci di cui all'art. 1, i seguenti familiari:

2.1 – Nucleo familiare fiscalmente a carico

Per familiari fiscalmente a carico del lavoratore dipendente iscritto s'intendono i soggetti di cui alle lett. a) e c) dell'art.12 del DPR. n. 917/1986 e successive modificazioni ed integrazioni:

- il coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato;
- i figli (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati).

Tali soggetti non devono possedere un reddito complessivo annuo (intendendosi quello d'imposta) superiore ad euro 2.840, 51 (DPR. n. 917/1986, punto n. 2) o quello pro tempore vigente.

2.2 – Nucleo familiare NON fiscalmente a carico

Per nucleo familiare non fiscalmente a carico del lavoratore dipendente iscritto s'intende:

- il coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016);
- i figli (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati).

2.3 – I conviventi di fatto

Per conviventi di fatto s'intendono quelli di cui alla L.76/2016 (Art. 1, commi 36-65).

Il diritto all'iscrizione dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto permane finché sussiste l'iscrizione del lavoratore dipendente.

ART. 3

Modalità di adesione

3.1 – Registrazione aziende

Per consentire l'adesione dei loro dipendenti le aziende dovranno preventivamente registrarsi al Fondo accedendo alla sezione "Area Riservata aziende e aderenti" presente sull'home page del sito www.fondometasalute.it e generare le credenziali che consentiranno l'accesso all'Area Riservata all'interno della quale potranno gestire la propria posizione e le posizioni dei lavoratori.

L'iscrizione delle aziende può avvenire direttamente o tramite consulenti.

L'azienda, o il consulente incaricato, sono tenuti ad aggiornare mensilmente le informazioni inserite al momento della registrazione.

3.2 – Adesione dei lavoratori dipendenti

L'adesione al Fondo presuppone la conoscenza e l'accettazione da parte dell'interessato delle norme dello Statuto e del presente Regolamento, nonché delle altre norme collettive che regolano l'attività del Fondo.

Fino al 31 marzo 2018 per consentire l'adesione dei loro dipendenti le aziende dovranno comunicare nell'Area Riservata le anagrafiche dei lavoratori dipendenti mediante la

trasmissione dell'ultimo Uniemens disponibile inviato all'INPS.

A decorrere dal 1° aprile il versamento della contribuzione mensilmente dovuto per ciascun lavoratore iscritto al Fondo potrà essere effettuato con MAV o tramite modello di pagamento unificato F24. Le aziende che intendono versare la contribuzione con MAV dovranno inserire mensilmente nell'Area Riservata Azienda - sez. Sedi/Dipendenti - le anagrafiche dei lavoratori neoassunti.

In caso di pagamento tramite F24 sarà necessario compilare il flusso UNIEMENS mensilmente trasmesso all'INPS specificando il codice corrispondente al piano prescelto dall'azienda, compatibilmente con le selezioni effettuate in fase di attribuzione dei piani sanitari. Per escludere i lavoratori che non hanno diritto all'iscrizione a mètaSalute, poiché non compresi nelle tipologie di cui all'art.1 del presente Regolamento, non dovrà essere indicato alcun codice nel flusso UNIEMENS.

I lavoratori iscritti a mètaSalute dovranno registrarsi sul portale del Fondo accedendo alla sezione "Area riservata aziende e aderenti" presente sull'home page del sito www.fondometasalute.it e generare le credenziali che gli consentiranno l'accesso all'Area Riservata all'interno della quale potranno verificare la loro posizione anagrafica e gestire anche le richieste di prestazioni sanitarie.

La mancata registrazione sul sito di mètaSalute non preclude la possibilità al lavoratore dipendente iscritto di usufruire delle prestazioni sanitarie le quali potranno essere prenotate chiamando il numero verde dedicato.

3.3 – Adesione gratuita dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto

È consentita l'iscrizione gratuita al Fondo per il triennio 2018-2020:

- ai componenti del nucleo familiare fiscalmente a carico di cui all'art. 2.1 ed ai conviventi di fatto di cui all'art. 2.3, i quali non devono possedere un reddito complessivo annuo (intendendosi quello d'imposta) superiore ad euro 2.840,51 (DPR.n. 917/1986, punto n. 2) o quello pro tempore vigente;
- ai figli non fiscalmente a carico purché conviventi;
- ai figli non fiscalmente a carico non conviventi sino ai 30 anni di età che siano regolarmente iscritti ad Università aventi sede in province diverse rispetto a quella di residenza del genitore titolare iscritto.

L'iscrizione gratuita comporta l'inclusione nel piano sanitario del lavoratore titolare iscritto e la condivisione delle garanzie sanitarie e dei massimali secondo quanto previsto dalle Guide ai Piani Sanitari.

Il lavoratore che intende iscrivere il proprio nucleo familiare ed i conviventi di fatto deve accedere dal sito del Fondo www.fondometasalute.it, alla propria Area Riservata con le credenziali generate al momento della registrazione e compilare il Form relativo al nucleo dei familiari/convivente allegando gli eventuali documenti richiesti. L'iscrizione gratuita è possibile in ogni momento dell'anno.

A conclusione della procedura di registrazione il dipendente avrà immediata visione dell'avvenuta adesione del proprio nucleo familiare/convivente.

Per quanto attiene alle decorrenze delle coperture sanitarie si rinvia all'art.6.

3.4 – Adesione a pagamento dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto

Ai seguenti componenti NON fiscalmente a carico del nucleo familiare:

- coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato;

- conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (Art. 1, commi 36-65);
- figli non fiscalmente a carico e non conviventi di lavoratore dipendente iscritto affidati con sentenza di separazione/divorzio all'ex coniuge;

è consentita l'adesione al fondo con versamento a carico del lavoratore dipendente del premio annuale previsto per i singoli piani sanitari.

I costi dei Piani sanitari sono indicati nell'Allegato al presente Regolamento che fa parte integrante dello stesso.

Il lavoratore iscritto a mètaSalute che intende iscrivere il proprio nucleo familiare deve accedere dal sito del Fondo www.fondometasalute.it, alla propria Area Riservata con le credenziali generate al momento della registrazione e compilare il Form di registrazione del nucleo dei familiari allegando gli eventuali documenti richiesti.

L'adesione potrà essere fatta per il 2018 tra il 1 ed il 28 febbraio con decorrenza delle prestazioni sanitarie in regime diretto dal 1 aprile e la possibilità di richiedere – sempre dal 1 aprile - il rimborso con il regime indiretto delle prestazioni già effettuate dal 1 gennaio o dalla data di decorrenza della copertura del titolare. Per il 2019 ed il 2020 il Fondo darà tempestiva comunicazione dell'apertura delle finestre d'iscrizione. L'iscrizione al Fondo cessa il 31 dicembre di ogni anno.

A conclusione della procedura di registrazione il dipendente avrà immediata visione dell'avvenuta adesione del proprio nucleo familiare/convivente la quale si perfeziona con l'incasso da parte del Fondo del premio versato dal lavoratore.

Per le modalità di pagamento si rimanda agli artt. 9 e 10.

ART. 4

Documentazione richiesta ai fini dell'iscrizione del nucleo familiare e disposizioni in materia di autocertificazione

Ai fini del riconoscimento del diritto all'assistenza in favore dei familiari e dei conviventi, il Fondo potrebbe richiedere all'iscritto eventuale documentazione che attesti gli stati e le condizioni di cui all'art. 2 del Regolamento.

Sulle informazioni autocertificate mètaSalute può in qualunque momento effettuare controlli chiedendo all'iscritto idonea certificazione.

Il mancato riscontro determina la decadenza del diritto all'assistenza sanitaria del familiare/convivente interessato.

La falsa dichiarazione fa, inoltre, incorrere l'iscritto nelle sanzioni civili e penali previste dalla legge.

ART. 5

Adesione a mètaSalute di lavoratori e imprese metalmeccaniche con forme di sanità integrativa preesistenti

Le imprese in cui sono presenti forme aziendali di sanità integrativa sono tenute ad aderire al Fondo mètaSalute al fine di iscrivere i lavoratori dipendenti che non godono di alcuna copertura sanitaria integrativa.

Le modalità di adesione sono quelle indicate nell'art. 3 del presente Regolamento.

Le aziende in cui sono presenti polizze sanitarie ma che intendono far aderire i loro dipendenti a mètaSalute devono preventivamente registrarsi sul sito del Fondo e comunicare i flussi anagrafici - secondo un'apposita procedura di importazione del file UNIEMENS all'interno dell'Area Riservata dell'azienda - almeno trenta giorni prima dalla data di attivazione della copertura sanitaria richiesta a mètaSalute, la quale coinciderà con il primo giorno del mese di decorrenza.

I lavoratori entreranno in copertura sanitaria, senza soluzione di continuità, a partire dal giorno successivo alla scadenza della copertura assicurativa in essere senza, quindi, scontare periodi di carenza in entrata.

ART. 6

Decorrenza delle prestazioni sanitarie

6.1 - Lavoratori dipendenti

Le adesioni dei lavoratori dipendenti pervenute entro il 31 marzo 2018 - con le modalità previste dall'art. 3.2 del presente Regolamento - determineranno la decorrenza del diritto alle prestazioni sanitarie dal 1° giorno del mese successivo senza applicazione di carenza. Le adesioni dei lavoratori dipendenti pervenute a decorrere dal 1° aprile 2018 (con esclusione della fattispecie di cui all'art.5) con le modalità previste dall'art. 3.2 del presente Regolamento determineranno, per ragioni tecnico-amministrative, la decorrenza del diritto alle prestazioni sanitarie dal 1° giorno del 5° mese successivo a quello in cui avviene la prima contribuzione.

Il diritto alle prestazioni sanitarie - per coloro che hanno aderito dal 1° aprile 2018 secondo il comma di cui sopra - si protrae dopo la cessazione dell'attività lavorativa per un periodo di tempo corrispondente alle mensilità di contribuzione versate dall'azienda fino al momento della decorrenza della copertura sanitaria sopra citata (4 mesi).

6.2 – Componenti del nucleo familiare inclusi gratuitamente

La decorrenza delle prestazioni sanitarie per il componente del nucleo familiare/convivente del lavoratore dipendente parte dal 1° giorno del mese successivo a quello d'iscrizione purché il lavoratore titolare risulti in copertura a tale data. Qualora il familiare/convivente fiscalmente a carico venga inserito durante il periodo di carenza del lavoratore dipendente, le prestazioni sanitarie del familiare partiranno dalla medesima data di inizio della copertura del lavoratore titolare.

6.3 – Componenti del nucleo familiare con adesione a pagamento

La decorrenza del diritto alle prestazioni sanitarie dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto è quella specificata all'art. 3.4 del presente Regolamento.

ART. 7

Contribuzione e pacchetti aggiuntivi

Il Fondo rende disponibili pacchetti aggiuntivi rispetto alle prestazioni base con la definizione delle prestazioni e del relativo maggior contributo.

Modalità e termini di attivazione dei pacchetti aggiuntivi sono specificati nell'Allegato al Regolamento che fa parte integrante dello stesso.

ART. 8

Decorrenza e cessazione della contribuzione

8.1 - Lavoratori dipendenti

L'intera contribuzione mensile è dovuta in misura piena anche nel caso di:

- tempo determinato di durata non inferiore a 5 mesi a decorrere dall'iscrizione;
- part-time;
- aspettativa per malattia;
- congedo parentale;
- sospensione durante la quale è corrisposta retribuzione e/o indennità a carico dell'istituto previdenziale;
- CIG in tutte le sue tipologie;
- lavoratori distaccati all'estero qualora il lavoratore e/o i suoi familiari fiscalmente a carico non godano di una polizza sanitaria predisposta dall'azienda;
- NASPI a seguito di procedure di licenziamento collettivo di cui alla L. 223/1991 ovvero ai sensi dell'art. 7 della L.604/1966. In tal caso la contribuzione sarà dovuta per un periodo di 12 mesi e dovrà essere versata in un'unica soluzione all'atto della risoluzione del rapporto di lavoro attraverso le procedure di pagamento indicate dal Fondo.

Nei casi in cui si realizzi nel corso del mese una delle fattispecie di cui alle lett. a), b), d), e) dell'art. 12.1 del presente Regolamento la contribuzione è dovuta per l'intero mese. Nel caso sub d) dell'art. 12.1 la contribuzione è nuovamente dovuta dal 1° giorno del mese successivo dalla fine dell'aspettativa.

La cessazione dell'adesione - e quindi della copertura assicurativa - deve essere comunicata dall'azienda nell'Area Riservata entro l'ultimo giorno del mese in cui avviene la modifica dello stato del lavoratore e decorre dal 1 giorno del mese successivo.

Il diritto alle prestazioni ed il relativo onere contributivo è dovuto per l'intero mese in cui viene indicata la data di cessazione della copertura.

Esempio: cessazione copertura 28 gennaio

→ contribuzione dovuta fino al 31 gennaio

→ prestazioni sanitarie fino al 31 gennaio

→ cessazione contribuzione e prestazioni dal 1 febbraio

È fatto salvo quanto previsto dai commi 2 e 3 dell'art. 6.1.

Fino al 31 marzo 2018 in caso di nuova assunzione i dati anagrafici del lavoratore devono essere comunicati nell'Area Riservata dell'azienda nel mese di assunzione con decorrenza contribuzione e prestazioni dal primo giorno del mese successivo a quello in cui viene inserita l'iscrizione.

Esempio: assunzione 15 febbraio

→ decorrenza contribuzione dal 1 marzo

→ decorrenza prestazioni sanitarie dal 1 marzo

A decorrere dal 1 aprile 2018 le nuove adesioni seguono le regole di cui all'art.6.1.

In caso di cessazione del rapporto lavorativo e di successiva riassunzione se la nuova iscrizione avviene nell'arco di 4 mesi dalla data di cessazione, il dipendente matura il diritto alle prestazioni dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui è stato nuovamente iscritto con decorrenza della contribuzione dalla medesima data. Diversamente il diritto alle prestazioni decorre a partire dal 1° giorno del 5° mese successivo alla nuova iscrizione. Tutte le aziende – indipendentemente dal fatto che versino la contribuzione tramite F24 o MAV - continueranno ad indicare mensilmente nell'anagrafica del Fondo – Area Riservata → *sez. Sedi/Dipendenti* – le eventuali cessazioni dei rapporti di lavoro dei dipendenti iscritti.

È responsabilità dell'azienda la corretta trasmissione delle informazioni relative all'adesione dei dipendenti.

8.2 - Nucleo familiare e conviventi di fatto con inclusione gratuita

La contribuzione per i familiari ed i conviventi di fatto di cui all'art. 3.3 del presente Regolamento è ricompresa nella contribuzione annua prevista dal piano sanitario applicato al lavoratore dipendente.

8.3 - Nucleo familiare e conviventi di fatto con adesione a pagamento

La contribuzione per i familiari ed i conviventi di fatto di cui all'art. 3.4 del presente Regolamento - versata anticipatamente dal lavoratore dipendente - è pari all'importo previsto per il piano sanitario prescelto secondo lo schema Allegato al presente Regolamento che fa parte integrante dello stesso.

ART. 9

Quota destinata alla gestione amministrativa

Il Consiglio di Amministrazione determina la quota che verrà trattenuta dalla contribuzione versata mensilmente e destinata alla gestione amministrativa del Fondo.

ART.10

Modalità versamento dei contributi

10.1 - Lavoratore dipendente, nucleo familiare e conviventi di fatto di cui all'art. 3.3

Le aziende versano la quota di contribuzione mensile prevista dai piani prescelti a favore di ciascun lavoratore dipendente iscritto (comprensiva del nucleo familiare ed i conviventi di fatto come specificati all'art. 3.3 del presente Regolamento).

Fino al 31 marzo 2018 il versamento mensile di tale contribuzione e di quella di cui all'art. 7 deve

essere effettuato dall'azienda entro il 20 dei mesi di gennaio, febbraio e marzo e dovrà essere pari alla quota contrattualmente stabilita moltiplicata per il numero dei lavoratori iscritti, non essendo previste contribuzioni ridotte. Il termine di versamento della contribuzione del mese di gennaio potrebbe subire delle variazioni che verranno tempestivamente comunicate.

I lavoratori iscritti per cui è dovuta la contribuzione sono quelli comunicati al Fondo secondo quanto previsto dal presente Regolamento.

Il versamento dei contributi deve essere effettuato utilizzando la procedura di pagamento MAV specificata nel Manuale Aziende presente nell'Area Riservata sul sito di mètaSalute. A decorrere dal 1° aprile 2018 il versamento della contribuzione mensilmente dovuta per ciascun lavoratore iscritto al Fondo potrà essere effettuato dall'azienda entro il giorno 16 del mese successivo a quello di riferimento tramite modello di pagamento unificato F24, Codice MET1 (Risoluzione dell'AE N. 90 /E del 14/07/2017). Si raccomanda di specificare nell'UNIEMENS il codice corrispondente al piano sanitario prescelto (circ. INPS n. 189 del 28 dicembre 2017). In alternativa al pagamento mediante F24 l'azienda potrà continuare a versare la contribuzione con MAV, il quale verrà generato dalla piattaforma mètaSalute a partire dall'inizio di ogni mese successivo a quello di competenza. In entrambi i casi sussiste per l'azienda l'obbligo di inserire in piattaforma le cessazioni secondo le disposizioni di cui all'art. 8.1 del presente Regolamento.

10.2 - Nucleo familiare e conviventi di fatto di cui all'art. 3.4

Il versamento della contribuzione per il nucleo familiare di cui all'art. 3.4 del presente Regolamento è annuale anticipato, e a totale carico del lavoratore dipendente iscritto. Il versamento deve essere effettuato dal lavoratore titolare utilizzando le procedure di pagamento MAV previste dal Fondo e specificate nell'Area Riservata del lavoratore dipendente sul sito di mètaSalute. Per il 2018 il saldo dovrà essere effettuato tra il 1 ed il 28 febbraio. Il rinnovo dell'adesione avviene con il pagamento della contribuzione.

ART. 11

Ritardato e mancato versamento

L'omissione parziale o totale del versamento dei contributi dovuti dall'azienda per i dipendenti iscritti determina la sospensione delle prestazioni sanitarie.

Il Fondo, accertata l'omissione, procede all'invio di una comunicazione, a mezzo posta ordinaria ovvero posta elettronica, posta elettronica certificata o raccomandata a/r, alle aziende interessate con la quale viene sollecitata la regolarizzazione del saldo della contribuzione dovuta entro e non oltre giorni 10 dalla ricezione del sollecito.

Trascorso tale termine, la mancata regolarizzazione dell'azienda determinerà l'automatica sospensione delle prestazioni sanitarie per tutti i dipendenti dell'azienda e per i corrispondenti nuclei familiari inclusi gratuitamente.

Tale sospensione sarà comunicata ai dipendenti ed all'azienda a mezzo posta ordinaria ovvero posta elettronica, posta elettronica certificata o raccomandata a/r.

Il Fondo si riserva ogni azione necessaria all'incasso dei contributi dovuti dalle aziende. In tutti i casi di ritardato versamento dei contributi, il Fondo valuterà l'applicazione di un interesse di mora pari al tasso legale maggiorato di 2 punti. L'importo da saldare è consultabile nell'Area Riservata all'azienda.

La posizione amministrativa e debitoria non decade con la sospensione delle prestazioni sanitarie per gli iscritti.

Solo a seguito della verifica da parte del Fondo della completezza del versamento verrà riattivata l'erogazione delle prestazioni dandone tempestiva conferma all'azienda ed al dipendente.

ART. 12

Decadenza dal diritto alle prestazioni

Il diritto alle prestazioni da parte dei lavoratori dipendenti e del nucleo familiare/convivente si estingue secondo i termini e le modalità previste dal presente Regolamento nei casi di seguito elencati.

12.1 - Lavoratore dipendente e componenti del nucleo familiare e conviventi di fatto con inclusione gratuita

I componenti del nucleo familiare ed i conviventi di fatto di cui all'art. 3.3 decadono dalla possibilità di fruire delle prestazioni sanitarie per:

- a) decesso del dipendente e/o dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto;
- b) cessazione del rapporto di lavoro del dipendente o applicazione di CCNL diverso da quello dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti salva l'ipotesi di cui all'art.1;
- c) esclusione disposta in presenza di omissioni contributive;
- d) aspettativa non retribuita né indennizzata
- e) esclusione disposta dal CdA in caso di dolo o colpa grave dell'iscritto;
- f) rinuncia;
- g) scioglimento, liquidazione o cessazione, per qualsiasi causa, di mètaSalute.

Nel caso sub d) le prestazioni sanitarie sono riattivate dal 1° giorno del mese successiva all'avvenuta comunicazione della fine dell'aspettativa.

12.2 - Componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto con inclusione a pagamento

I componenti del nucleo familiare ed i conviventi di fatto di cui all'art. 3.4 decadono dalla possibilità di fruire delle prestazioni sanitarie per:

- a) decesso;
- b) scadenza della copertura offerta da mètaSalute (12 mesi dalla decorrenza delle prestazioni),
- c) scioglimento, liquidazione o cessazione, per qualsiasi causa, di mètaSalute,
- d) mancato pagamento della differenza di premio di cui all'art. 3 dell'Allegato al Regolamento.

ART. 13

Cessazione di attività

L'azienda nei casi di cessazione dell'attività con conseguente cessazione dei rapporti lavorativi, è tenuta a darne comunicazione a mètaSalute nel termine massimo di 30 giorni. Resta inteso che le prestazioni sanitarie saranno erogate dal Fondo secondo quanto previsto dall'art.6.

ART.14 **Prestazioni**

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo approva ed aggiorna con specifica delibera i Piani di Assistenza Sanitaria Integrativa, che sono portati tempestivamente a conoscenza degli iscritti e che costituiscono parte integrante del presente Regolamento.

I Piani approvati, in funzione dei quali il Fondo stipula a favore degli iscritti uno o più contratti di assicurazione per l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa, comprendono definizioni, prestazioni, esclusioni e modalità di erogazione.

ART.15 **Privacy e tutela dei dati personali e sensibili**

Tutti i dati relativi alle aziende ed ai beneficiari saranno trattati dal Fondo (titolare dei trattamenti), ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 e successive modifiche ed integrazioni.



ALLEGATO AL REGOLAMENTO 2018 DEL FONDO METASALUTE PIANI SANITARI 2018-2020

Il Fondo mètaSalute per il triennio 2018-2020 prevede i seguenti Piani Sanitari:

- **Piano BASE** con contribuzione mensile pari ad euro 13,00 su baseannua;
- **Piano A** con contribuzione mensile pari ad euro 16,67 su base annua;
- **Piano B** con contribuzione mensile pari ad euro 21,00 su base annua;
- **Piano C** con contribuzione mensile pari ad euro 24,34 su base annua;
- **Piano D** con contribuzione mensile pari ad euro 28,17 su base annua;
- **Piano E** con contribuzione mensile pari ad euro 34,00 su base annua;
- **Piano F** con contribuzione mensile pari ad euro 67,00 su base annua.

Gli importi mensili sono determinati dividendo il premio annuo con arrotondamento al secondo decimale.

Art. 1 - Adesione collettiva ai Piani sanitari 2018-2020

L'adesione dei lavoratori dipendenti ai sopra elencati Piani sanitari può avvenire solo in forma collettiva, per la totalità o per gruppi omogenei di lavoratori. In azienda possono essere attivati per i dipendenti – con accordo o Regolamento aziendale – un massimo di tre piani sanitari. La selezione dei Piani, e quindi l'adesione, per il 2018 avviene nel mese di gennaio 2018, ha durata per l'intero anno solare (1 gennaio - 31 dicembre) e non può essere variata in corso d'anno. Per il 2019 ed il 2020 il Fondo darà tempestiva indicazione dei termini di comunicazione. L'Azienda deve entrare nell' "Area Riservata aziende e aderenti" presente sull'home page del sito del Fondo www.fondometasalute.it ed opzionare le soluzioni prescelte. La contribuzione verrà versata dall'azienda secondo i termini e le modalità previste dall'art. 10 del Regolamento vigente.

Art. 2 - Adesione a pagamento dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto

Ai sensi dell'art. 3.4 del Regolamento 2018 il lavoratore dipendente può far aderire il proprio familiare non fiscalmente a carico allo stesso piano cui egli già aderisce scegliendo tra piano con massimali condivisi con il titolare o piano con massimali autonomi, oppure può far aderire il proprio familiare al Piano Base con massimali autonomi.

Le modalità di iscrizione dei familiari e di versamento del premio sono quelle indicate agli artt. 3.4 e 10.2 del Regolamento 2018.

Es.: lav dip. iscritto al Piano F può scegliere per la moglie non fiscalmente a carico le seguenti opzioni:

- ***Piano F con massimali condivisi con il titolare (euro 784,00);***
- ***Piano F con massimali autonomi (euro 1.399,00);***
- ***Piano Base con massimali autonomi (euro 219,00).***

Es.: lav dip. iscritto al Piano BASE può scegliere per la moglie non fiscalmente a carico le seguenti opzioni:

- ***Piano Base con massimali condivisi con il titolare (euro 149,00);***
- ***Piano Base con massimali autonomi (euro 219,00).***

Tabella della contribuzione per i componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto di cui all'art. 3.4 del Regolamento 2018

Premi	Nucleo familiare non fiscalmente a carico	
	Massimali condivisi	Massimali autonomi
Piano Base	149,00	219,00
Piano A	194,00	309,00
Piano B	244,00	394,00
Piano C	284,00	459,00
Piano D	329,00	529,00
Piano E	399,00	649,00
Piano F	784,00	1.399,00

Art. 3 – Destinazione dei flexible benefits previsti dal CCNL per l'industria metalmeccanica e della installazione di impianti del 26 novembre 2016.

Il lavoratore dipendente aderente al Piano Base, singolarmente ed in via autonoma, potrà destinare i flexible benefits al Fondo mètaSalute previa comunicazione scritta da presentare alla propria azienda la quale entrando nell'Area Riservata presente sul sito del Fondo - www.fondometasalute.it - opzionerà il piano per il lavoratore richiedente.

I piani sanitari C e D sono stati costruiti per accogliere nel 2018 (piano C) e nel 2019 (piano D) i flexible benefits riconosciuti dal CCNL nel mese di giugno del 2018 e del 2019. Dal 1 al 30 maggio di ogni anno il lavoratore dipendente già iscritto al Piano Base potrà scegliere di aderire nel 2018 al piano C (euro 292,00) e nel 2019 al piano D (euro 338,00), i quali avranno durata dal 1 giugno al 31 maggio dell'anno successivo. A scadenza della copertura del piano C, il lavoratore tornerà in automatico sul piano Base fatta salva la possibilità che nel 2019 decida di destinare nuovamente il flexible benefits al piano D. La contribuzione verrà versata mensilmente dall'azienda secondo quanto previsto dall'art.10 del Regolamento.

Nel caso in cui all'interno della copertura del Piano Base del lavoratore dipendente fossero presenti familiari fiscalmente a carico per cui è attiva l'adesione gratuita di cui all'art. 3.3. del Regolamento, l'adesione ai piani sanitari C (nel 2018) e D (nel 2019)

sarà estesa automaticamente a tali soggetti con condivisione dei massimali con il titolare.

Nel caso in cui fossero presenti familiari non fiscalmente a carico di cui all'art. 3.4 del Regolamento e art.2 dell'Allegato per cui è attivo il piano Base con massimali condivisi con il titolare (euro 149,00), l'adesione ai piani sanitari C (nel 2018) e D (nel 2019) sarà per tali soggetti obbligatoria e comporterà per il lavoratore dipendente il versamento – per ogni familiare- della differenza di premio dovuta secondo la tabella sopra riportata.

Il mancato pagamento della differenza dovuta determinerà la sospensione delle prestazioni sanitarie per il familiare per cui si è verificata l'omissione contributiva. In tal caso, l'erogazione delle prestazioni sanitarie per il familiare fiscalmente non a carico verrà riattivata solo a seguito di verifica da parte del Fondo dell'avvenuto versamento.

Nel caso in cui fossero presenti familiari non fiscalmente a carico di cui all'art. 3.4 del Regolamento e 2 dell'Allegato per cui è attivo il piano Base con massimali autonomi (euro 219,00), l'adesione ai piani sanitari C (nel 2018) e D (nel 2019) sarà per tali soggetti facoltativa e in caso di scelta positiva comporterà per il lavoratore dipendente il versamento – per ogni familiare- della differenza di premio dovuta secondo la tabella sopra riportata.

Es.: lav dip. iscritto al Piano BASE che sceglie per il 2018 di destinare il flexible benefit al piano C

- In caso di coniuge e figli già presenti gratuitamente nel piano Base questi verranno inclusi gratuitamente nel piano C con condivisione di massimali con il titolare;***
- In caso di coniuge che ha acquistato la copertura Base con massimali condivisi (euro 149,00) sarà dovuta la differenza di euro 135,00 (euro 284,00-149,00);***
- In caso di coniuge che ha acquistato la copertura Base con massimali autonomi (euro 219,00) se vorrà estendere la copertura del piano C dovrà versare la differenza di euro 240,00 (euro 459,00-219,00).***