

SANILOG

REGOLAMENTO

(Approvato dal Consiglio di Amministrazione del 22 gennaio 2013)

Indice

Articolo 1

Oggetto del Regolamento

Articolo 2

Requisiti di iscrizione

Articolo 3

Modalità di adesione e comunicazione degli iscritti

Articolo 4

Prestazioni di assistenza sanitaria integrativa erogate da altre forme sanitarie integrative

Articolo 5

Permanenza nel Fondo delle Aziende aderenti

Articolo 6

Modalità di versamento del contributo da parte delle Aziende

Articolo 7

Obbligo contributivo aziendale e decorrenza delle prestazioni

Articolo 8

Ritardato e mancato versamento dei contributi

Articolo 9

Fondo di Morosità

Articolo 10

Decadenza del diritto alle prestazioni

Articolo 11

Prestazioni

Articolo 12

Privacy

Articolo 1 – Oggetto del Regolamento

- 1.1 Il presente Regolamento disciplina le attività del Fondo di assistenza sanitaria integrativa denominato Sanilog (“**Fondo**”) per il personale dipendente del settore Logistica, Trasporto Merci e Spedizioni, costituito con atto notarile il 29 febbraio 2012 in attuazione dell’accordo istitutivo contemplato dal CCNL “Logistica, Trasporto Merci e Spedizioni” del 26 gennaio 2011 (“**CCNL**”), così come modificato per la parte relativa all’assistenza sanitaria integrativa dall’accordo del 16 febbraio 2012 (“**Accordo**”).
- 1.2 Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento s’intendono richiamate le norme dell’Atto costitutivo, dello Statuto, le Delibere del Consiglio di Amministrazione (“**Cda**”) e le disposizioni del CCNL su nominato vigenti riguardanti il Fondo.

Articolo 2 – Requisiti di iscrizione

- 2.1 Le Aziende che applicano al proprio personale dipendente il CCNL hanno l’obbligo di aderire al Fondo e di iscrivere tutti i Lavoratori, non in prova a tempo indeterminato compresi gli Apprendisti.
- 2.2 Ai sensi dell’articolo 5 comma 1 dello Statuto assumono la qualifica di Iscritti al Fondo tutti i Lavoratori non in prova a tempo indeterminato: quadri, impiegati, conducenti e dipendenti secondo i livelli previsti dal CCNL, compresi gli Apprendisti, tutti definiti (“**Dipendenti o Iscritti**”).
- 2.3 Ai sensi di quanto previsto all’articolo 1 comma 2 dello Statuto il Cda potrà accettare richieste di iscrizione al Fondo di Lavoratori, ai quali si applichino i contratti collettivi diversi dal CCNL, previa adesione delle relative parti di rappresentanza “sindacale” e “datoriale” in qualità di soci non fondatori, così come previsto dall’articolo 4 dello Statuto.
- 2.4 Ai sensi dell’articolo 5 comma 2 dello Statuto possono assumere la qualifica di Beneficiari e Aventi diritto delle prestazioni del Fondo il coniuge e i figli a carico dell’Iscritto, nonché i conviventi more uxorio, previa contribuzione aggiuntiva a carico degli Iscritti. Le modalità con cui potranno assumere tale qualifica verranno stabilite da apposita delibera del Cda, che formerà parte integrante del presente Regolamento, che definirà anche le modalità di versamento del contributo aggiuntivo e di iscrizione di tali Beneficiari, così come previsto dall’articolo 5 comma 2 dello Statuto.

Articolo 3 - Modalità di adesione e comunicazione degli Iscritti

- 3.1 Le Aziende, in virtù di quanto previsto all’articolo 2 del presente Regolamento, hanno l’obbligo di aderire al Fondo, salvo quanto previsto all’articolo 4 del presente Regolamento, in quanto il diritto per il Dipendente all’erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa è un diritto contrattuale previsto dal CCNL. Qualora le Aziende non dovessero aderire, secondo la procedura indicata al presente articolo del Regolamento sono responsabili nei confronti del Dipendente non solo per mancata adesione al Fondo, ma anche per omissione contributiva e per mancata erogazione della prestazione di assistenza sanitaria integrativa. Pertanto il Dipendente ha facoltà di richiedere l’erogazione della prestazione di assistenza sanitaria integrativa direttamente all’Azienda.
- 3.2 L’iscrizione al Fondo presuppone e comporta da parte delle Aziende destinatarie del contratto di cui all’articolo 1 del presente Regolamento, delle Aziende di cui al punto 2.3. del presente Regolamento e degli Iscritti la conoscenza e l’accettazione delle norme contenute nello Statuto e nel presente Regolamento, nonché delle loro eventuali successive modifiche.
- 3.3 La domanda di adesione da parte delle Aziende destinatarie del CCNL di cui all’articolo 1 del presente Regolamento si intende perfezionata solo se effettuata mediante la procedura

informatizzata, secondo le istruzioni presenti sul sito www.fondosanilog.it (“Sito”) all'interno dell'area di iscrizione.

- 3.4 Avvenuta l'iscrizione le Aziende riceveranno, attraverso l'indirizzo di posta elettronica comunicato in fase di adesione, una *User ID* e *password* necessarie per i successivi adempimenti, collegamenti, verifiche delle posizioni contabili e comunicazioni.
- 3.5 All'interno della propria area dedicata accessibile con la *User ID* e *password* di cui al punto 3.4 del presente Regolamento le Aziende dovranno inserire l'elenco dei Dipendenti seguendo il tracciato e le istruzioni indicate. All'atto dell'iscrizione dei Dipendenti le Aziende dovranno inserire tutti gli estremi degli eventuali versamenti effettuati in data anteriore all'iscrizione stessa e comunicare ai Dipendenti l'adesione al Fondo, consegnando loro copia dell'Informativa privacy del Fondo.
- 3.6 Nel caso di versamenti effettuati in data anteriore all'iscrizione, così come previsto nell'Accordo, il Fondo verificata la riconciliazione degli stessi, provvederà alla comunicazione alle Aziende dell'inizio della copertura delle prestazioni per i Dipendenti.
- 3.7 Tutte le variazioni (nuove assunzioni, cessazioni, trasformazioni, cambi nelle anagrafiche) dovranno essere comunicate attraverso la procedura informatica presente nel Sito.

Articolo 4 – Prestazioni di assistenza sanitaria integrativa erogate da altre Forme sanitarie integrative

- 4.1 Sono fatti salvi i contratti o accordi collettivi in essere, che prevedono forme di assistenza sanitaria integrativa aventi condizioni di miglior favore rispetto a quelle proposte dal Fondo. Tali contratti o accordi collettivi non vengono considerati aggiuntivi rispetto a quanto stabilito dall'Accordo, ma consentono di negoziare l'adesione al Fondo in virtù di quanto definito dalla contrattazione di 2° livello.
- 4.2 I contratti o accordi collettivi in essere, che abbiano condizioni inferiori rispetto all'Accordo, alla loro prima scadenza annuale, dovranno essere uniformati all'Accordo stesso aderendo obbligatoriamente al Fondo.

Articolo 5 - Permanenza nel Fondo delle Aziende Aderenti

- 5.1 Le Aziende destinatarie del Contratto di cui all'articolo 1 del presente Regolamento permarranno nel Fondo stesso per tutto il periodo di durata di quest'ultimo, salvo il caso di cessazione dell'Azienda o di variazione della stessa (trasformazioni societarie, cessioni d'azienda etcc).
- 5.2 L'Azienda nei casi di cessazione dovrà inviare comunicazione a mezzo raccomandata a.r al Cda del Fondo entro il 1 ottobre di ogni anno, con efficacia a partire del 1 gennaio dell'anno successivo con conseguente cessazione della contribuzione e delle prestazioni erogate dal Fondo alla medesima data.
- 5.3 L'Azienda nei casi di variazione, indicati in via esemplificativa al punto 5.1 del presente Regolamento, dovrà inviare comunicazione a mezzo raccomandata a.r al Cda del Fondo e quest'ultimo valuterà la variazione avvenuta e stabilirà la disciplina alla stessa applicabile.

Articolo 6 - Modalità di versamento del contributo da parte delle Aziende

- 6.1 Il CCNL e l'Accordo prevedono per il finanziamento delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa il solo contributo a carico delle Aziende, il cui importo corrisponde, per singolo Dipendente, ad € 120 all'anno.
- 6.2 Il contributo annuale per singolo Dipendente, di cui al punto 6.1 del presente Regolamento, viene corrisposto dall'Azienda in rate semestrali anticipate, secondo le modalità indicate al successivo articolo 7 del presente Regolamento.
- 6.3 L'obbligo contributivo annuale, pari ad € 120, consente al Dipendente di poter beneficiare delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa ed è direttamente legato alla durata

annuale delle coperture assicurativa, nonché ai termini e alle condizioni delle coperture che il Fondo ha convenuto con le Compagnie di Assicurazione. Più precisamente le coperture assicurative del Fondo prevedono a carico di quest'ultimo un pagamento del premio annuale con la modalità di versamento semestrale. Pertanto il Fondo risulta obbligato a corrispondere per singolo dipendente il 100% del premio, qualora lo stesso venga iscritto nel periodo di copertura che va dal 15 novembre 2012 al 15 maggio 2013 (primo semestre di copertura assicurativa), ed il 60% del premio qualora il dipendente venga iscritto solo nel periodo di copertura che va dal 15 maggio 2013 al 15 novembre 2013 (secondo semestre di copertura).

6.4 Il contributo che le Aziende versano annualmente sarà deducibile entro il limite stabilito dall'art. 51 comma 2, lettera a) del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 n. 917 e successive modificazioni, ovvero di € 3.615,20.

Articolo 7 – Obbligo contributivo aziendale e decorrenza delle prestazioni

7.1 Il Fondo eroga le prestazioni di assistenza sanitaria integrativa in virtù di un'apposita convenzione stipulata con soggetti terzi, quali le Compagnie di assicurazione. Il Dipendente può beneficiare delle prestazioni assicurative solo se l'Azienda ha regolarmente versato la contribuzione.

7.2 L'operatività del Fondo, in fase iniziale, coincide con la data di decorrenza delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa erogate dalle Compagnie di assicurazione, ovvero con la data del 15 novembre 2012.

7.3 In virtù dello spostamento della data di operatività del Fondo dal 1 ottobre 2012 stabilito nell'Accordo al 15 novembre 2012, le Aziende che hanno versato i contributi € 60, per Dipendente, così come previsto dall'Accordo entro settembre 2012 ed entro e non oltre il 31 gennaio 2013 potranno comunicare ai propri Dipendenti, attivi alla data del 15 novembre 2012 di poter godere delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa dal 15 novembre 2012 fino al 15 maggio 2013, coincidente con il primo semestre di copertura assicurativa.

7.4 Le stesse Aziende devono versare entro il 31 marzo 2013, per singolo Dipendente (comunicato in fase di adesione) ancora attivo a quella data, la seconda rata semestrale di contribuzione, pari ad € 60, che consentirà al Dipendente di beneficiare delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa anche per il periodo che va dal 15 maggio 2013 al 15 novembre 2013, che coincide con il secondo semestre di copertura assicurativa.

7.5 L'Azienda che ha già aderito al Fondo dovrà, in caso di iscrizione di nuovi Dipendenti, versare € 60 per Dipendente. La somma suindicata consentirà al Dipendente di poter beneficiare della prestazione di assistenza sanitaria integrativa dalla data di assunzione, senza alcun periodo di carenza contrattuale, secondo le seguenti regole:

- assunzione all'interno del periodo 15 novembre 2012 - 15 maggio 2013, avvenuta entro il 31 gennaio 2013, coincidente con il primo semestre di copertura assicurativa: l'Azienda dovrà versare € 60, per Dipendente nuovo assunto entro il 31 gennaio 2013.
- assunzione all'interno del periodo 15 novembre 2012 - 15 maggio 2013, avvenuta successivamente al 31 gennaio 2013 ed entro il 31 marzo 2013, coincidente con il primo semestre di copertura assicurativa: l'Azienda dovrà versare € 60 per Dipendente.
- assunzione all'interno del periodo 15 novembre 2012 - 15 maggio 2013, avvenuta successivamente al 31 marzo 2013, coincidente con il primo semestre di copertura assicurativa: l'Azienda dovrà versare € 120 per Dipendente. Tale somma andrà a coprire il periodo di copertura assicurativa dalla data di assunzione, che dovrà essere avvenuta successivamente al 31 marzo 2013, nonché corrispondere in via anticipata la somma pari ad € 60 che andrà a coprire il periodo di copertura assicurativa dal 15 maggio 2013 al 15 novembre 2013, coincidente con il secondo semestre di copertura assicurativa.

- assunzione all'interno del periodo 15 maggio 2013 - 15 novembre 2013, coincidente con il secondo semestre di copertura assicurativa: l'Azienda dovrà versare € 72, per ciascun Dipendente all'atto dell'iscrizione. Tale somma andrà a coprire il periodo di copertura assicurativa dalla data di assunzione fino al 15 novembre 2013.
- 7.6 Le modalità di versamento del contributo rimarranno invariate anche per l'anno successivo a quello indicato ai precedenti punti, ovvero il versamento del contributo dovrà avvenire in rate semestrali anticipate: per il periodo di copertura assicurativa 15 novembre 2013 – 15 maggio 2014 il versamento del contributo semestrale dovrà essere effettuato entro e non oltre il 30 settembre 2013 e per il periodo di copertura assicurativa 15 maggio 2014 – 15 novembre 2014 il versamento del contributo semestrale dovrà essere effettuato entro e non oltre il 31 marzo 2014. Resta salva la facoltà del Fondo di confermare la presente modalità di versamento anche per gli anni successivi, nonché prevedere con apposita delibera una modalità di versamento del contributo differente, che potrà andare a sostituire quella indicata al presente articolo, che verrà successivamente comunicata dal Fondo alle Aziende.
- 7.7 Qualora l'Azienda venga meno al proprio obbligo contributivo e quindi non provveda al versamento del contributo nelle forme indicate al presente articolo, il Fondo provvederà a comunicare ai dipendenti dell'Azienda inadempiente l'omissione ed informerà gli stessi che non potranno usufruire delle prestazioni sanitarie del Fondo. Per tale omissione l'Azienda è responsabile nei confronti del dipendente non solo per omissione contributiva, ma anche per mancata erogazione della prestazione sanitaria, pertanto il dipendente ha facoltà di richiedere l'erogazione della prestazione direttamente all'Azienda.
- 7.8 Le Aziende devono effettuare il versamento del contributo sul conto corrente bancario intestato a SANILOG, tramite bonifico. Nel caso in cui la scadenza di pagamento coincida con un giorno festivo la stessa dovrà ritenersi differita al primo giorno lavorativo successivo.
- 7.9 In caso di cessazione dell'attività lavorativa e di sospensione dell'attività lavorativa la prestazione sanitaria verrà erogata per il semestre per cui è stato corrisposto il contributo e non sono previsti rimborsi da parte del Fondo alle Aziende. L'Azienda potrà richiedere al Lavoratore la restituzione della quota di contributi versati per i mesi successivi alla cessazione dell'attività lavorativa fino allo scadere del semestre per cui è stato corrisposto il contributo.

Articolo 8 – Ritardato e mancato versamento dei contributi

8.1 Il ritardato pagamento del contributo da parte dell'Azienda superiore al mese comporta l'applicazione di un interesse di mora pari al tasso ufficiale legale aumentato di un due punti percentuale ed il Fondo provvederà a darne comunicazione ai Lavoratori interessati, al fine di consentir loro di richiedere alla Azienda la regolarizzazione della posizione contributiva e se del caso richiedere il risarcimento del danno.

8.2 Qualora il mancato versamento dovesse ulteriormente protrarsi il Fondo sospenderà le prestazioni dalla data di decorrenza del semestre di copertura, dandone comunicazione anche ai Lavoratori interessati.

8.3 Su motivata richiesta dell'Azienda il Cda del Fondo potrà concedere dilazioni o rateizzazioni del pagamento dei contributi dovuti stabilendone condizioni e modalità.

8.4 Le prestazioni sospese, a seguito di mancato versamento, potranno essere riattivate solo a seguito dell'effettivo pagamento della contribuzione dovuta e la relativa ricevuta di pagamento e la comunicazione di ravvedimento dovranno essere trasmessi al Fondo. Ricevuta la comunicazione il Fondo svolgerà le verifiche bancarie ed amministrative relative al versamento e, nel caso in cui i riscontri siano positivi riattiverà l'erogazione delle prestazioni dandone conferma all'Azienda e al Lavoratore.

8.5 Nel caso di comunicazione tardiva di cessazione dell'Azienda o di applicazione di altro CCNL, eventuali richieste di cancellazione con effetto retroattivo e conseguente restituzione

dei contributi versati non possono essere accolte qualora inoltrate dopo che i contributi siano stati utilizzati per le coperture assicurative.

Articolo 9 – Fondo di Morosità

9.1 Il Fondo di Morosità viene alimentato da:

- contributi versati dalle aziende morose, contributi che non possono più essere destinati alle originarie coperture assicurative previste dalle condizioni di assicurazione allegate al presente Regolamento previa deduzione delle spese legali affrontate per il recupero dei contributi stessi;
- dagli interessi di mora.

9.2 Le somme versate nel Fondo verranno utilizzate per le finalità di cui all'articolo 2 dello Statuto.

Articolo 10- Decadenza del diritto alle prestazioni

10.1 Il diritto alle prestazioni da parte dei Lavoratori si estingue:

- a. per scioglimento, liquidazione o cessazione, per qualsiasi causa del Fondo;
- b. per decesso del Lavoratore;
- c. per cessazione del rapporto di lavoro;
- d. per il passaggio a livello dirigenziale del Lavoratore;
- e. per esclusione disposta in presenza di omissioni contributive, irregolarità o abusi;
- f. per variazione, cessazione dell'Azienda.

10.2 Il diritto alle prestazioni da parte dei Lavoratori si sospende in caso di morosità dell'Azienda ai sensi di quanto previsto all'articolo 8 del presente Regolamento.

Articolo 11 – Prestazioni

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo, approva ed aggiorna con specifica delibera, che diviene parte integrante del presente Regolamento, il Nomenclatore delle prestazioni sanitarie.

Articolo 12 - Privacy e Tutela dei dati personali e sensibili

Tutti i dati relativi alle Aziende ed ai Beneficiari saranno trattati dal Fondo (titolare dei trattamenti), 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.