

REGOLAMENTO

Fondo EBM Salute

2018

Handwritten signature in blue ink
Handwritten signature in black ink
Handwritten signature in black ink
①

DISPOSIZIONI GENERALI

Il presente regolamento disciplina il funzionamento di EBM Salute, il Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori del settore delle Piccole e Medie imprese Metalmeccaniche, costituito con atto pubblico il 2 maggio 2018 in attuazione di quanto previsto dal CCNL 3 luglio 2017 e del successivo Accordo del 4 ottobre 2018.

Il presente regolamento, applicativo dell'art. 51 del CCNL per i lavoratori addetti alla piccola e media industria metalmeccanica, orafa e alla installazione di impianti del 3 luglio 2017 e dello Statuto di EBM Salute e dei successivi accordi intercorsi tra le parti istitutive del Fondo Unionmeccanica 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 per i lavoratori addetti alla piccola e media industria metalmeccanica, orafa e alla installazione di impianti e negli accordi sottoscritti dalle parti istitutive.

ART. 1

Iscrizione Lavoratori dipendenti

A decorrere dal 1 luglio 2018 le aziende che applicano il CCNL di cui alle disposizioni generali sono tenute ad aderire al Fondo EBM Salute 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 ;

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

- 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 componenti degli organi statuari di EBM ed EBM Salute;
- 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 lavoratori dipendenti iscritti 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 conviventi di fatto, di cui alla L.76/2016 (Art. 1, commi 36-65);
- 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 conviventi di fatto, di cui alla L.76/2016 (Art. 1, commi 36-65);
- i figli (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati).

con 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.

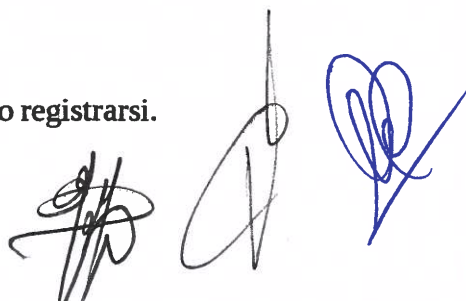
Il diritto all'iscrizione dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto permane finché sussiste l'iscrizione del lavoratore dipendente.

ART. 3

Modalità di adesione

3.1 – Registrazione aziende

Verrà attivato a breve il sito di EBM Salute su cui le Aziende potranno registrarsi.



Attualmente fa fede il versamento tramite F24 e la compilazione del flusso Uniemens al sottocodice EBMQ indispensabile per dare copertura assicurativa ai lavoratori dipendenti.

Appena si renderà operativo il sito di EBM Salute verranno date le informazioni alle Aziende per la loro 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 ottobre 2018, per consentire l'adesione dei loro dipendenti e la copertura dal 1 luglio 2018, le aziende potranno versare gli arretrati dal 1 gennaio 2018 tramite F24 compilando l'Uniemens con il sottocodice EBMQ da inviare all'INPS.

Il versamento della contribuzione mensilmente dovuta per ciascun lavoratore iscritto al Fondo dovrà essere effettuato tramite modello di pagamento unificato F24.

Con il pagamento tramite F24 sarà necessario compilare il flusso UNIEMENS mensilmente trasmesso. Per escludere i lavoratori che non hanno diritto all'iscrizione a EBM Salute, 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 EBM Salute dovranno registrarsi sul sito www.unisalute.it, successivamente sul sito di EBM Salute, 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.

Le aziende che inizieranno a versare le quote mensili relative alle retribuzioni di novembre, senza il pagamento degli arretrati, la copertura assicurativa per i dipendenti avrà una carenza di 4 mesi e quindi partirà dal 1 giorno del 5 mese successivo. In tal caso i quattro mesi di carenza saranno recuperati al termine del periodo.

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;

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 Guida al Piano Sanitario.

Il lavoratore che intende iscrivere il proprio nucleo familiare ed i conviventi di fatto deve accedere, a partire dall' 8 ottobre 2018, al sito di UNISALUTE, e successivamente sul sito di EBM Salute, nella sezione EBM al seguente indirizzo web:



<https://www.unisalute.it/ebm/form.html> compilando 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.

Il costi del Piano sanitario è di 150 euro annuo per familiare iscritto .

L'adesione potrà essere fatta per il 2019 tra il 1 novembre ed il 15 dicembre 2018 .

L'iscrizione al Fondo cessa il 31 dicembre di ogni anno.

La modalità di adesione e di pagamento verranno definite entro il 31 ottobre 2018

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 Ebm Salute 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 EBM Salute di lavoratori e imprese metalmeccaniche con forme di sanità integrativa preesistenti

Le aziende in cui sono previste forme di sanità integrativa riconosciute dal datore di lavoro con un importo pari o superiore a 60 euro (costo annuo adesione EBM Salute), non sono tenute al versamento ad EBM Salute.

Le imprese in cui sono presenti forme aziendali di sanità integrativa sono tenute ad aderire al Fondo EBM Salute 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.

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 ottobre 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 successivamente 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 novembre 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 fiscalmente a carico

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 fiscalmente non a carico 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

Decorrenza e cessazione della contribuzione

7.1 Lavoratori dipendenti

L'intera contribuzione mensile (5 euro) 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 richiesta ai sensi dell'art.55 del CCNL;
- 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.

La cessazione dell'adesione - e quindi della copertura assicurativa - deve essere comunicata dall'azienda 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

Fino al 31 ottobre 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 ottobre

- decorrenza contribuzione dal 1 novembre
- decorrenza prestazioni sanitarie dal 1 novembre

A decorrere dal 1 novembre 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.

7.2 - 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.

7.3 - 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 specifico previsto per il piano sanitario.

ART. 8

Quota destinata alla gestione amministrativa

Il Comitato esecutivo di EBM Salute e l'Assemblea di EBM determinano la quota che verrà trattenuta dalla contribuzione versata mensilmente e destinata alla gestione amministrativa del Fondo.

ART.9



Modalità versamento dei contributi

9. 1 - Lavoratore dipendente, nucleo familiare e conviventi di fatto di cui all'art. 3.3

Le aziende versano la quota di contribuzione mensile prevista per ciascun lavoratore dipendente iscritto (comprensiva del nucleo familiare ed i conviventi di fatto come specificati all'art. 3.3 del presente Regolamento) e come previsto dal CCNL del 3 luglio 2017.

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

A decorrere dal 1 luglio 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, sottocodice EBMQ.

Fino al 31 ottobre le aziende possono versare i contributi previsti , dal gennaio 2018, e non essere considerate nuove adesioni con copertura dei dipendenti dal 1 luglio 2018, successivamente vanno considerate nuove adesioni.

9. 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 previste dal Fondo .

Il rinnovo dell'adesione avviene con il pagamento della contribuzione.

ART. 10

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

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. 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.11

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 seguente regolamento nei casi di seguito elencati.

11. 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:

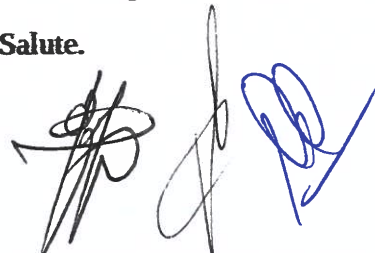
- a) decesso del dipendente e/o dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto;
- b) cessazione del rapporto di lavoro del dipendente o applicazione di CCNL diverso da quello dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti salva l'ipotesi di cui all'art.1;
- c) esclusione 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 EBM Salute.

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

11.2 - 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 EBM Salute (12 mesi dalla decorrenza delle prestazioni),
- c) scioglimento, liquidazione o cessazione, per qualsiasi causa, di EBM Salute.



ART. 12

Cessazione di attività

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

ART.13

Prestazioni

Il Comitato esecutivo di EBM Salute e l'Assemblea di EBM, approvano ed aggiornano con specifica delibera, che diviene parte integrante del presente Regolamento, il Nomenclatore delle prestazioni sanitarie che viene tempestivamente portato a conoscenza degli iscritti.

ART.14

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 Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni.

ART:15

Decorrenza e durata

Il presente Regolamento ha carattere sperimentale decorre dalla data di approvazione e resta in vigore per un anno

