REGOLAMENTO ADESIONI COLLETTIVE
In Vigore dal 2019

Art. 1. DISPOSIZIONI GENERALI

1.1 Il Regolamento contiene le disposizioni di funzionamento della Fondazione Andi Salute - Fondo Integrativo del servizio sanitario nazionale (nel prosieguo, per brevità, "Fondo"), avuto riguardo alle adesioni collettive.

Art. 2. MODALITÀ DI ADESIONE

2.1. Possono aderire al Fondo, su richiesta, le entità giuridiche, quali aziende, associazioni o altre collettività in genere (d'ora in poi, per brevità, convenzionalmente denominate "datore"), che intendano rendere i propri lavoratori - siano essi dipendenti, ovvero, anche, collaboratori non occasionali - ed eventualmente i loro familiari fruitori delle prestazioni erogate dal Fondo stesso, secondo i Piani Sanitari, annualmente approvati dal Consiglio di Amministrazione.

2.2. L'adesione è attuata dal datore, che, previa sottoscrizione di apposito accordo collettivo aziendale, ovvero attraverso l'adozione di specifico regolamento (d'ora in poi, per brevità, unitariamente, la "fonte collettiva"), attribuisce ai lavoratori, come individuati dal comma 2.1 e, eventualmente, ai loro familiari, le diverse tipologie di prestazioni di carattere sanitari integrativo e provvidenze accessorie offerte dal Fondo.

2.3. L'adesione del datore può avvenire esclusivamente a beneficio di una collettività di lavoratori individuata in una o più categorie omogenee e, comunque, senza alcuna preventiva selezione del rischio.

2.4. L'adesione al Fondo interviene a tempo indeterminato e non è suscettibile di essere disposta per un periodo temporaneo, fatto salvo il diritto al recesso.

2.5. Il Fondo si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di respingere la richiesta di adesione, entro il termine perentorio di 60 giorni dal suo pervenimento.

2.6. Ricorrendo la fattispecie di cui al comma che precede, il Fondo restituisce la contribuzione e ogni altro importo eventualmente incassato, senza riconoscere interesse alcuno.

2.7. Il datore comunica, tramite il sito internet del Fondo e con le modalità ivi previste, i dati anagrafici di ciascun lavoratore assistito e quelli dei componenti del nucleo familiare, a cui sia eventualmente estesa la copertura, ai sensi dell'art.4.

2.8. La decorrenza dell'adesione al Fondo è fissata dai singoli Piani Sanitari, salvo quanto diversamente disposto dalla fonte collettiva, previo accordo preventivo tra datore e Fondo.

2.9. L'assistenza dei lavoratori e, se del caso, dei loro nuclei familiari, decorre, in via ordinaria, dalla data di adesione, come contemplata dal comma che precede, ovvero, su espressa indicazione del datore, dal giorno fissato dalla fonte collettiva dell'adesione.
Per i lavoratori che divengano tali successivamente all'inizio dell'assistenza della collettività, la copertura decorre secondo le previsioni dei singoli Piani Sanitari.

2.10. Il datore è tenuto a comunicare tempestivamente al Fondo ogni variazione dei dati relativi ai lavoratori assistiti e, se del caso, ai rispettivi nuclei familiari.

2.11. Il datore è tenuto al versamento al Fondo dei contributi e di ogni altra somma dovuta per ogni lavoratore assistito e relativo nucleo familiare, se beneficiario di prestazioni, sino a che non comunichi il venir meno del rapporto di lavoro o di collaborazione.

FONDAZIONE ANDI SALUTE
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Sede Legale e Amministrativa
Lungotevere R. Sanzio, 9
00153 Roma
Tel. +39 06 5881753
Fax. +39 06 58348496
segreteria@andisalute.it
www.andisalute.it

Art. 3. ASSISTITI

3.1. Il Fondo assiste le categorie di lavoratori indicati del datore e, se richiesto, i rispettivi nuclei familiari (di seguito, per brevità, anche gli "Assistiti"), secondo le previsioni della fonte collettiva dell'adesione.

3.2. Il venir meno del diritto alle prestazioni da parte del lavoratore comporta l'analoga contestuale cessazione nei riguardi dei componenti del nucleo familiare, se assistiti.

Art. 4. NUCLEO FAMILIARE

4.1. È facoltà della fonte collettiva dell'adesione disporre l'estensione delle prestazioni del Fondo ai componenti del nucleo familiare del lavoratore, con versamento della relativa contribuzione.

4.2. Per nucleo familiare si intende, in via ordinaria - e salvo quanto diversamente disposto dalla fonte collettiva, previo accordo preventivo tra il datore e il Fondo – i parenti (genitori e figli) e affini (suoceri, generi e nuore) di primo grado, il coniuge nonché il convivente *more uxorio* (coppia di fatto) da almeno un anno prima dall'effettiva adesione al Fondo *e di secondo grado* nonni e nipoti in linea diretta (figli dei figli), fratelli e sorelle, cognati.

4.3. La condizione di soggetto facente parte del nucleo familiare del lavoratore secondo le previsioni del comma che precede è verificata dal datore, che la certifica al Fondo con il versamento dell'inerente contribuzione.

4.4. L'assistenza del lavoratore e, eventualmente, del suo nucleo familiare ha la durata prevista dalla fonte collettiva dell'adesione. Il lavoratore non può vantare nei confronti del Fondo alcun diritto all'assistenza né per se stesso, né per il nucleo familiare, qualora il datore receda dall'adesione al Fondo stesso o ne sia escluso ai sensi dell' art. 11, comma 4, ovvero essa non sia più prevista dall'inerente fonte collettiva.

Art. 5. DURATA DELL'ADESIONE AL FONDO - RECESSO - ESCLUSIONE

5.1. È facoltà del datore recedere dall'adesione al Fondo, con effetto dal 1° gennaio di ciascun anno. Il recesso va comunicato con lettera raccomandata A/R ovvero a mezzo pec, da far pervenire al Fondo stesso entro il termine perentorio del 31 ottobre dell'anno precedente.

5.2. Il recesso esercitato dal datore determina ipso iure l'estinzione di ogni prestazione a favore degli assistiti.

5.3. L'adesione collettiva viene meno per esclusione deliberata dal Consiglio di Amministrazione, in caso di omessa o tardiva corresponsione della quota di partecipazione o degli apporti contributivi finalizzati al finanziamento delle prestazioni, estinzione a qualsiasi titolo della persona giuridica che riveste la qualifica di datore, ovvero per l'avvio di procedure di liquidazione e/o fallimento concorsuali o procedure e/o sostitutive del fallimento a carico della persona giuridica che riveste la qualifica di datore.

5.4. 3. Tanto il recesso, quanto l'esclusione dell'Aderente non danno diritto alla ripetizione né della quota di partecipazione annua versata, né degli apporti contributivi corrisposti per il finanziamento delle prestazioni.

FONDAZIONE ANDI SALUTE
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Sede Legale e Amministrativa
Lungotevere R. Sanzio, 9
00153 Roma
Tel. +39 06 5881753
Fax. +39 06 58348496
segreteria@andisalute.it
www.andisalute.it

Art. 6. ESCLUSIONE DALLE PRESTAZIONI DEL FONDO

6.1. Il Consiglio di Amministrazione dispone l'esclusione dalle prestazioni per gli assistiti che si rendano colpevoli di comportamenti contrari alla correttezza e alla buona fede nei rapporti con il Fondo, informandone contestualmente il datore.

6.2. L'esclusione della prestazione è comunicata al lavoratore assistito e al datore mediante lettera raccomandata A.R. ovvero a mezzo pec.

6.3. L'assistito che sia stato escluso dalla prestazione per comportamenti contrati a correttezza e buona fede , entro 30 giorni successivi al ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma, può presentare istanza motivata al Presidente del Fondo con lettera raccomandata A/R ovvero via pec, nella quale sia circostanziata l'opposizione al provvedimento di esclusione dalla prestazione. Sull'istanza il Presidente convocherà un Comitato di Esperti del Fondo, scelti tra membri del Consiglio o consulenti esterni di comprovata esperienza in materia, che si pronuncerà entro 30 giorni dal ricevimento, dandone comunicazione all'assistito con lettera raccomandata A/R ovvero via pec. La delibera del Comitato di esperti del Fondo può essere impugnata entro 30 giorni dinanzi all'Ufficio Arbitrale.

Art. 7. PERIODI DI CARENZA

7.1. Tutte le prestazioni previste nei singoli Piani Sanitari sono riconosciute agli Assistiti solo se riferite a sinistri verificatisi nel periodo di validità e tenendo in considerazione l'eventuale carenza intesa come il periodo di tempo compreso tra la sottoscrizione della polizza assicurativa e la decorrenza effettiva della copertura totale o parziale e sempre che sia effettiva la regolarità contributiva.

7.2. La prestazione prevista in caso di perdita di autosufficienza (*Long Term Care,* di seguito, per brevità, anche "LTC"), secondo le definizioni specifiche dei Piani Sanitari, è riconosciuta agli Assistiti solo se l'insorgere dello stato di non autosufficienza si manifesta, per la prima volta, dopo lo spirare dell'eventuale periodo di carenza di cui al singolo Piano Sanitario e in presenza di regolarità contributiva.

Art. 8. SOSPENSIONI DEL RAPPORTO DI LAVORO ED ASSENZE PRIVE DI RETRIBUZIONE PIENA

8.1. Nei casi di sospensione del rapporto di lavoro, o di assenze, a qualsiasi titolo intervenute, senza diritto all'ordinario trattamento retributivo pieno (100%) – quali, in via esemplificativa e non esaustiva, quelle verificatesi per aspettative o permessi, a qualsiasi titolo, assenze per malattia, sospensioni dal lavoro, cassa integrazione guadagni - per un periodo continuativo pari o superiore ad un mese, il diritto alle prestazioni e l'obbligo della contribuzione, sono sospesi, salvo che la fonte collettiva dell'adesione non disponga la continuità dell'attribuzione al Fondo dell'ordinaria contribuzione piena.

8.2. La sospensione di prestazioni e contribuzione si applica a partire dal primo giorno del mese successivo a quello nel corso del quale si determinano le condizioni di cui al comma che precede. Il ripristino del diritto alle prestazioni e l'obbligo della contribuzione riprendono dal primo giorno del mese in cui il trattamento retributivo torna ad essere pieno.

8.3. Il datore comunica al Fondo, tramite il sito internet del Fondo stesso, gli eventi considerati dai commi che precedono.

FONDAZIONE ANDI SALUTE
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Sede Legale e Amministrativa
Lungotevere R. Sanzio, 9
00153 Roma
Tel. +39 06 5881753
Fax. +39 06 58348496
segreteria@andisalute.it
www.andisalute.it

Art. 9. CONTRIBUZIONE

9.1. Il datore deve versare annualmente, in via anticipata, i contributi dovuti, secondo le previsioni dei Piani Sanitari scelti.

9.2. Il versamento di cui al comma che precede comprende il contributo relativo ai lavoratori assistiti e, eventualmente, al loro nucleo familiare, nonché il contributo riferito alla quota di partecipazione, di cui all'art. 10.

9.3. Il versamento va effettuato tramite SDD (Sepa Direct Debit – Addebito Diretto SEPA) o bonifico bancario, secondo le indicazioni dei Piani Sanitari prescelti.

9.4. Il Fondo, in caso di inesattezza, incompletezza o omissione del versamento, interessa tempestivamente il datore, ai fini della relativa regolarizzazione. Trascorsi 10 giorni dalla data in cui va effettuato il versamento, ove ne perduri l'inesattezza, l'incompletezza o l'omissione, il Fondo stesso sospende l'erogazione di tutte le prestazioni.

Art. 10. QUOTA DI PARTECIPAZIONE

Laddove previsto dal Piano Sanitario scelto, il datore, oltre al pagamento dei relativi contributi, deve corrispondere una quota di partecipazione (annuale e/o *una tantum*, a seconda dei casi) per ciascun lavoratore, fissata dal Consiglio di Amministrazione del Fondo, unitamente alle modalità di corresponsione.

Art. 11. RITARDATO VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI – ESCLUSIONE DEL DATORE DAL FONDO

11.1. L'erogazione delle prestazioni è condizionata alla regolarità e continuità dei versamenti contributivi.

11.2. In caso di ritardo nel versamento dei contributi, l'erogazione delle prestazioni è sospesa fino ad avvenuta regolarizzazione contributiva, nei termini di cui all'art. 9, comma 4.

11.3. L'erogazione delle prestazioni è ripristinata successivamente alla regolarizzazione della posizione.

11.4. Il ritardato pagamento dei contributi dovuti per un periodo continuativo di oltre 30 giorni comporta la valutazione da parte del Consiglio di Amministrazione del Fondo dell'esclusione del datore e, conseguentemente, la cessazione dell'assistenza per tutti i suoi lavoratori e loro familiari, fermo restando l'obbligo di versamento dei contributi pregressi eventualmente ancora dovuti. Il Fondo si riserva la facoltà di informare i lavoratori assistiti dell'esclusione dal Fondo del datore.

11.5. Il datore che, successivamente all'esclusione, intenda essere riammesso al Fondo deve formulare una specifica domanda, che il Consiglio di Amministrazione valuta, fissando termini e modalità dell'eventuale riammissione.

Art. 12. EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MODIFICA O CANCELLAZIONE DI PIANI SANITARI

12.1. Il Fondo eroga prestazioni di assistenza sanitaria integrativa del Servizio sanitario nazionale e/o dei Servizi sanitari regionali, nonché eventuali provvidenze, alle prime connesse, variamente articolate e specificate nei relativi Piani Sanitari. A titolo esemplificativo, pertanto, il Fondo può erogare forme integrative di assistenza per i casi di malattia, malattia particolarmente grave, invalidità, infortunio, non autosufficienza (LTC). Le prestazioni/provvidenze sono riconosciute agli Assistiti

FONDAZIONE ANDI SALUTE
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Sede Legale e Amministrativa
Lungotevere R. Sanzio, 9
00153 Roma
Tel. +39 06 5881753
Fax. +39 06 58348496
segreteria@andisalute.it
www.andisalute.it

sulla base di idonea documentazione rilasciata da medici e/o strutture sanitarie abilitati all'esercizio della professione e operanti in qualsiasi parte del mondo.

12.2. Il Fondo riconosce esclusivamente le prestazioni tassativamente elencate nei Piani Sanitari.

12.3. L'erogazione delle prestazioni interviene con le modalità e i limiti previsti dai Piani Sanitari.

12.4. Il diritto alle prestazioni in forma di rimborso è subordinato alla condizione che, nel momento in cui la spesa sanitaria da corrispondere sia effettuata, l'interessato risulti assistito dal Fondo, fermo restando il disposto dell'art. 7. La documentazione relativa alle richieste di rimborso (fatture, ricevute) nonché la documentazione sanitaria (cartella clinica, referti, ecc.), vanno inviate al Fondo secondo le modalità indicate nelle disposizioni operative riportate sul sito internet del Fondo stesso.

12.5. Il diritto all'erogazione della prestazione di LTC è subordinato alla condizione che, nel momento in cui si verifichi la condizione di non autosufficienza, l'interessato risulti assistito dal Fondo, fermo restando il disposto dell'art. 7. La documentazione relativa va inviata al Fondo secondo le modalità indicate nelle disposizioni operative riportate sul sito internet del Fondo stesso.

12.6. Le richieste di prestazioni vanno trasmesse direttamente dai lavoratori assistiti, secondo le modalità e le tempistiche previste dalle disposizioni operative contenute nei Piani Sanitari.

12.7. Le richieste di prestazioni inviate oltre il termine massimo previsto non sono procedibili.

12.8. La richiesta di prestazioni a favore dei componenti del nucleo familiare va effettuata dal lavoratore assistito, a cui è attribuito il rimborso del caso.

12.9. Il Fondo ha facoltà, sia preventivamente sia successivamente all'erogazione delle prestazioni, di eseguire controlli amministrativi nei confronti del datore, nonché controlli amministrativi e sanitari nei confronti degli assistiti, verso questi ultimi anche mediante visite da parte di medici incaricati. Il rifiuto dei controlli determina la decadenza dal diritto all'erogazione delle prestazioni, ovvero l'avvio da parte del Fondo di tutte le iniziative, anche giudiziarie, per il rimborso di quanto eventualmente erogato.

12.10. Le richieste non attinenti alla liquidazione di prestazioni devono essere inoltrate al Fondo mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, a pena di decadenza, entro e non oltre trenta giorni dalla data in cui è avvenuto il fatto oggetto di richiesta.

12.11. Il Fondo ha facoltà di modificare o cancellare uno o più Piani Sanitari, purché con preavviso scritto da inviarsi al datore entro il 30 settembre dell'ultimo anno di applicazione del Piano Sanitario medesimo, che resta comunque operativo fino al 31 dicembre successivo all'invio del preavviso.

Art. 13. CONTACT CENTER E PORTALE DEL FONDO

13.1. Il Fondo rende disponibile un servizio di informazioni e di gestione interattiva delle posizioni anagrafico-contributive, nonché la tracciatura dello stato pratica di rimborso, mediante il proprio sito internet: www.andisalute.it

13.2. Il Fondo rende disponibile un servizio di Contact Center con supporto operatore e con supporto automatizzato negli orari senza presidio umano.

Art. 14. GESTIONE DEI RISCHI CONNESSI ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

14.1. Il Fondo eroga le prestazioni indicate nei relativi Piani Sanitari facendo ricorso al sistema assicurativo, se del caso anche in regime di coassicurazione, mediante la

FONDAZIONE ANDI SALUTE
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Sede Legale e Amministrativa
Lungotevere R. Sanzio, 9
00153 Roma
Tel. +39 06 5881753
Fax. +39 06 58348496
segreteria@andisalute.it
www.andisalute.it

stipula di convenzioni con compagnie autorizzate all'esercizio dell'attività assicurativa (di seguito, per brevità, le "Compagnie").

14.2. Le Compagnie possono anche essere delegate allo svolgimento di determinate attività, ivi comprese quelle indicate nell'art. 12.9, secondo le decisioni adottate al riguardo dal Fondo.

14.3. Eventuali reclami inerenti alle liquidazioni delle prestazioni (ivi incluse successive richieste di verifica e/o di revisione) vanno inoltrati alle relative Compagnie, secondo le modalità previste da queste ultime e pubblicate anche sul sito internet del Fondo.

14.4. Ogni diritto relativo alla valutazione delle prestazioni e alla loro liquidazione a favore degli Assistiti deriva esclusivamente dai contratti assicurativi stipulati dal Fondo con le Compagnie, in adempimento alle proprie finalità. Le Compagnie restano pertanto integralmente responsabili dell'erogazione delle prestazioni previste nei Piani Sanitari, rimanendo esclusa, per qualsiasi titolo, ogni responsabilità del Fondo medesimo.

Art. 15. FORO COMPETENTE E LEGGE APPLICABILE

Qualsiasi controversia, relativa alla validità, interpretazione ed esecuzione del presente Regolamento è devoluta in via esclusiva al Foro di Roma.
Tutti i rapporti derivanti dall'adesione al presente Regolamento sono disciplinati dalla legge italiana.

Art. 16. INFORMATIVA E RICHIESTA DI CONSENSO AI SENSI DELLA NORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY

16.1. L'Ente Aderente "datore", ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e succ. mod.e int., nomina il Fondoresponsabile del trattamento dei dati personali anche sensibili propri e degli assistiti (a titolo esemplificativo: anagrafici, postali, telefonici, fiscali, prestazioni sanitarie erogate, cartella clinica, referti, stato di salute, regolarità dei versamenti, domiciliazione bancaria, etc.) affinché tali dati personali siano registrati nella banca dati del Fondo e utilizzati esclusivamente per la gestione del rapporto con il Fondo stesso e per l'assolvimento degli obblighi di legge.

16.2. L'Ente Aderente "datore", acconsente a che i dati personali e sensibili siano comunicati ai seguenti soggetti terzi:

- soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Fondo (a titolo esemplificativo: gestione servizi informativi e di prenotazione delle prestazioni, gestione e liquidazione dei rimborsi per prestazioni sanitarie, contabilità, bilanci, questioni fiscali, versamento contributi, etc.);
- società incaricate dal Fondo per la gestione in tutto o in parte di servizi inerenti all'offerta dell'assistenza sanitaria;
- Compagnie che assicurano e gestiscono i rischi connessi con le prestazioni del Fondo;
- medici consulenti;
- istituti bancari e servizio postale;
- altri soggetti previsti da leggi e norme di riferimento.

16.3. Gli Assistiti hanno diritto, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, di conoscere la natura e il diritto di richiedere e ottenere la cancellazione dei dati, la loro trasformazione in forma anonima, ove possibile, ovvero il blocco dei dati gestiti in violazione della legge e opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Luca Bellagh.

FONDAZIONE ANDI SALUTE
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Sede Legale e Amministrativa
Lungotevere R. Sanzio, 9
00153 Roma
Tel. +39 06 5881753
Fax. +39 06 58348496
segreteria@andisalute.it
www.andisalute.it

16.4. Per l'esercizio dei diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti a cui i dati sono comunicati o che ne vengano a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, gli Assistiti possono rivolgersi per iscritto al Responsabile del trattamento dei dati personali nella figura del Direttore.

16.5. Gli Assistiti sciolgono dal segreto professionale i medici chirurghi-odontoiatri, i medici-consulenti, il personale paramedico e amministrativo, i quali hanno trattato i dati per le prestazioni erogati e per le finalità oggetto del Fondo.

16.6. L'assenza del consenso dell'interessato al trattamento dei dati personali comporta, tra l'altro, l'impossibilità di dar corso alle prestazioni richieste e, in particolare, di dar corso ai pagamenti in forma diretta alle strutture sanitarie convenzionate.

Prima Emissione Anno 2019

Confermato nel 2020

Confermato nel 2021

Aggiornamento nel 2022

FONDAZIONE ANDI SALUTE
FONDO DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA

Sede Legale e Amministrativa
Lungotevere R. Sanzio, 9
00153 Roma
Tel. +39 06 5881753
Fax. +39 06 58348496
segreteria@andisalute.it
www.andisalute.it