

**FASA**  
**(FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA**  
**ALIMENTARISTI)**

**REGOLAMENTO**

**TITOLO I - PARTE GENERALE**

- 1) Oggetto del Regolamento;
- 2) Adesione ed Iscrizione al Fondo (Inclusioni/Esclusioni);
- 3) Modalità di adesione dell'azienda al Fondo;
- 4) Registrazione *on line*;
- 5) Cessazione della partecipazione al Fondo;
- 6) Contribuzione;
- 7) Modalità di versamento dei contributi;
- 8) Omissioni contributive e ritardati versamenti - Sanzioni;
- 9) Revisione delle pratiche;
- 10) Privacy e tutela dei dati personali.

**TITOLO II - ASSISTENZA SANITARIA**

- 11) Oggetto della prestazione;
- 12) Gestione della prestazione;
- 13) Aveni diritto;
- 14) Tipologia di prestazioni;
- 15) Prestazioni in convenzione in forma diretta;
- 16) Rimborso delle prestazioni erogate in forma indiretta o rimborsuale;
- 17) Termini di presentazione delle richieste di rimborso da parte dell'iscritto;
- 18) Accertamenti amministrativi e controlli sanitari.

# TITOLO I – PARTE GENERALE

## Art. 1 – Oggetto del Regolamento

1. Il presente Regolamento disciplina il funzionamento del “**Fondo Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale Alimentaristi**”, o brevemente “**FASA**”, di seguito definito Fondo, costituito con atto pubblico il 29 marzo 2011 in attuazione dell’Accordo di rinnovo, datato 22 settembre 2009, del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (C.C.N.L.) per l’industria alimentare e successive modifiche e integrazioni.
2. Il presente Regolamento è adottato ai sensi degli artt. 10 e 15 dello Statuto.
3. Il Fondo garantisce a lavoratori di aziende aderenti e loro familiari, trattamenti di assistenza sanitaria come previsto dall’art. 74 *quater* del richiamato C.C.N.L. sia in forma diretta (mediante il ricorso a prestazioni in regime di convenzione), sia in forma indiretta (mediante regime rimborsuale);
4. Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento s’intendono richiamate le norme dell’Atto Costitutivo e dello Statuto e le disposizioni del vigente C.C.N.L. per i lavoratori delle Industrie Alimentari riguardanti il Fondo sanitario integrativo.

## Art. 2 – Adesione ed Iscrizione al Fondo (Inclusioni/Esclusioni)

1. Aderiscono al Fondo tutte le aziende del settore alimentare che applicano il Contratto Collettivo Nazionale per i lavoratori dell’Industria Alimentare e che iscrivono i propri lavoratori dipendenti in costanza di rapporto di lavoro, assunti con contratto a tempo indeterminato oppure assunti con contratto a tempo determinato di prima durata predeterminata pari o superiore a 9 mesi, inclusi gli apprendisti, ed esclusi i Dirigenti.
2. è altresì consentita l’iscrizione al Fondo delle Associazioni Datoriali e delle Organizzazioni Sindacali firmatarie del C.C.N.L. Industria alimentare e dei settori affini, delle Organizzazioni Collegate e delle loro articolazioni territoriali e/o associative nonché enti e strutture collaterali.
3. Possono essere iscritti al Fondo anche:
  - i lavoratori dipendenti da Enti, Holdings, Aziende, Centri Servizi facenti parte di un gruppo ai quali si applichi il C.C.N.L. per l’industria alimentare, non dirigenti;
  - i lavoratori dipendenti della Federalimentare, delle Organizzazioni firmatarie stipulanti i C.C.N.L. per l’industria alimentare nonché quelli dipendenti delle società controllate da tali Organizzazioni, il cui rapporto di lavoro sia disciplinato da Regolamenti applicati ai dipendenti di tali Organizzazioni;
  - i lavoratori (non dirigenti, con contratto a tempo indeterminato e/o a termine di durata predeterminata pari o superiore a nove mesi) ceduti da un’impresa ad aziende terze, qualora sia stato sancito espressamente l’obbligo di applicazione ai medesimi del predetto C.C.N.L. .
4. Non possono essere iscritti al Fondo i lavoratori dipendenti che fruiscano nelle imprese di appartenenza, in forza di accordi o regolamenti aziendali, di forme di copertura sanitaria analoghe o equipollenti.
5. Il lavoratore che fruisca, in base a norme di legge, dell’aspettativa non retribuita con diritto alla conservazione del posto di lavoro, potrà iscriversi al Fondo o proseguire l’iscrizione se già iscritto, direttamente su base volontaria, ove non aderente ad altre forme di assistenza sanitaria. Come già chiarito nella nota del 28.10.2011, pubblicata sul sito istituzionale a cui si fa esplicito rinvio, il versamento della relativa contribuzione sarà a totale carico del lavoratore, senza alcun onere per l’azienda, previa presentazione, da parte del medesimo, della richiesta di iscrizione al Fondo rinvenibile nella sezione **MODULISTICA** del sito internet.

### **Art. 3 – Modalità di adesione dell'azienda al Fondo**

1. L'adesione dell'azienda al Fondo presuppone la conoscenza delle norme dello Statuto e del presente Regolamento disponibili sul sito istituzionale [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it) nonché delle loro eventuali successive modifiche e/o integrazioni, che il Fondo provvederà tempestivamente a pubblicare e rendere note con ogni mezzo utile.
2. Ai sensi del C.C.N.L. 22.9.2009 e successivi rinnovi e modifiche, l'iscrizione dei lavoratori avviene automaticamente mediante trasmissione da, parte delle aziende aderenti, della lista dei propri dipendenti con le modalità di seguito indicate.
3. Sempre ai sensi del citato C.C.N.L. e successivi rinnovi e modifiche, a partire dal 1° giugno 2020 l'iscrizione al Fondo avverrà su base compartecipativa e volontaria. In ragione di ciò, laddove il lavoratore non manifesti la volontà di partecipare con la propria quota al Fondo (principio di volontarietà), lo stesso si intenderà decaduto dall'iscrizione, cessando automaticamente la contribuzione da parte dell'impresa.
4. Successivamente all'iscrizione posta in essere dall'azienda, il lavoratore può usufruire della procedura informatizzata presente nella sezione **REGISTRAZIONE ISCRITTO** del sito internet [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it) e meglio descritta all'art. 4 c.2, che consente di verificare autonomamente (senza passare dall'azienda), la propria posizione.
5. L'adesione delle Aziende può avvenire direttamente o tramite Centri Servizi o Consulenti. Le successive comunicazioni saranno sempre indirizzate all'Azienda interessata, al Centro Servizi o al Consulente.
6. Le aziende comunicano al Fondo, su base mensile, mediante la procedura informatizzata presente sul sito Internet del Fondo, i dati anagrafici necessari per l'iscrizione dei propri dipendenti. La decorrenza dell'iscrizione comporta l'obbligo di versamento dei contributi corrispondenti per ciascun lavoratore.
7. L'iscrizione ha durata indeterminata, permanendo le condizioni di adesione dell'azienda e di iscrizione dei lavoratori.
8. Le aziende aderenti sono tenute a comunicare tempestivamente al Fondo, anche tramite il sito internet, ogni variazione o aggiornamento dei dati precedentemente comunicati al fine di consentire un efficace e corretto rapporto con il Fondo.

### **Art. 4 – Registrazione *on-line***

1. Le aziende aderenti che avranno comunicato un proprio indirizzo di posta elettronica riceveranno, attraverso lo stesso mezzo, la User Id e la Password per la verifica della propria situazione anagrafica e contributiva e per eseguire tutte le operazioni obbligatorie (comunicazione di assunzioni/cessazioni degli iscritti e calcolo del contributo mensile).
2. I lavoratori iscritti potranno registrarsi sul sito del Fondo [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it) seguendo la procedura indicata nella sezione **REGISTRAZIONE ISCRITTO**. Al termine della procedura verranno rilasciate la User Id e la Password, per accedere all'area riservata. L'accesso consentirà al lavoratore la verifica della propria situazione anagrafica, la consultazione dello stato di elaborazione delle proprie pratiche e l'utilizzo dei servizi gestionali tramite il sito web.
3. In fase di registrazione, l'iscritto dovrà compilare, attraverso l'area riservata, l'autocertificazione attestante la composizione del proprio nucleo familiare.

### **Art. 5– Cessazione della partecipazione al Fondo**

1. L'iscrizione al Fondo cessa a seguito di:
  - a) scioglimento, liquidazione o comunque cessazione, per qualsiasi causa, del Fondo;
  - b) perdita della qualità di aderente dell'azienda di appartenenza del lavoratore iscritto, salvo il caso previsto dall'art. 8, comma 5;

- c) cessazione, per qualsiasi causa, del rapporto di lavoro del lavoratore iscritto;
- d) decesso del lavoratore;
- e) dal 01.06.2020 mancata compartecipazione del dipendente alla contribuzione al Fondo con quota a suo carico;
- f) nomina a Dirigente del lavoratore;
- g) esclusione secondo quanto previsto dal successivo articolo 8.

2. Nei casi di cui alle predette lettere b), c), d), e) ed f) l'azienda di appartenenza del lavoratore deve darne comunicazione al Fondo immediatamente e comunque entro e non oltre il mese stesso in cui si verifica l'evento. Qualsiasi conseguenza scaturente da omesse o tardive comunicazioni da parte dell'azienda rimarrà a carico della stessa.

3. Nell'ipotesi in cui il Fondo abbia accertato comportamenti dolosi da parte dell'iscritto finalizzati all'acquisizione di prestazioni e/o rimborsi non dovuti, ovvero all'elusione degli obblighi contributivi, tramite decisione del Consiglio di Amministrazione può disporre l'immediata esclusione dell'iscritto dal Fondo, informandone contestualmente l'azienda di appartenenza. E' fatta salva la facoltà del Fondo di intraprendere tutte le azioni necessarie per la tutela dei propri diritti.

## **Art. 6 – Contribuzione**

1. Ciascuna azienda è tenuta al versamento, nei confronti del Fondo, di un contributo annuo nella misura e secondo le modalità determinate dal C.C.N.L. pro-tempore vigente. Per la copertura delle spese di funzionamento del Fondo, il Consiglio di Amministrazione, sulla base di preventivi di spesa, autorizza il prelievo di una quota (quota spese) dal totale dei contributi versati.

2. Il mancato versamento al Fondo del contributo dovuto, tenuto conto di quanto specificato agli articoli che seguono, non dà diritto ad alcuna prestazione.

## **Art. 7 – Modalità di versamento dei contributi**

1. A partire dal mese di decorrenza della contribuzione, l'azienda deve determinare l'importo complessivo mensile della quota da versare al Fondo con riferimento a tutti i lavoratori iscritti, così come previsto dal C.C.N.L. La periodicità è mensile, fatta salva la facoltà del lavoratore in aspettativa non retribuita con diritto alla conservazione del posto di lavoro, di disporre il versamento della contribuzione prevista a suo totale carico in unica soluzione annua anticipata.

2. Per ogni dipendente in servizio, il versamento dei contributi ordinari avverrà con cadenza mensile anticipata (\*), attraverso bonifico bancario e per l'importo risultante dalla distinta di versamento presente sul sito internet del Fondo. Tale pagamento, da effettuarsi entro il 16 del mese precedente a quello di competenza sul C/C indicato nella distinta di versamento, è a totale carico dell'azienda aderente cui appartiene il lavoratore.

3. Nella fase di elaborazione della distinta di pagamento, l'azienda di appartenenza provvederà automaticamente a comunicare mensilmente al Fondo l'elenco dei nominativi dei lavoratori iscritti, completi dell'indicazione dei contributi, mediante la procedura informatizzata rinvenibile nel sito internet del Fondo Fasa. Nella medesima comunicazione dovranno essere indicati i lavoratori iscritti che abbiano cessato, per qualsiasi causa, il rapporto di lavoro nel mese di competenza.

4. Eventuali premi versati e riferiti a soggetti non più dipendenti per intervenuta cessazione del rapporto di lavoro o in stato di aspettativa non retribuita, verranno restituiti mediante un sistema di compensazione con i premi da versare il mese successivo.

**\* il nuovo sistema di pagamento, che sostituisce il precedente a pagamento posticipato, entrerà in vigore a partire dal 1.07.2018. Nella fase transitoria sino a tale data, i pagamenti verranno regolamentati come di seguito: entro il 16.03.2018 è dovuto il versamento dei contributi dei mesi di febbraio e marzo; entro il 16.04.2017 è dovuto il versamento dei contributi del mese di aprile;**

**entro il 16.05.2018 è dovuto il pagamento dei contributi dei mesi di maggio e giugno; entro il 16.06. 2018, è dovuto il pagamento dei contributi del mese di luglio, e via a seguire messa a regime nuovo sistema di pagamento mensile anticipato (entro 16 luglio 2018, pagamento contributi agosto, ecc. ).**

#### **Art. 8 – Omissioni contributive e ritardati versamenti - Sanzioni**

1. Nel caso in cui il versamento effettuato risulti inesatto o incompleto rispetto alle informazioni fornite dall'azienda, il Fondo informerà tempestivamente quest'ultima affinché provveda alla relativa regolarizzazione che dovrà avvenire, improrogabilmente, entro e non oltre 30 giorni dalla prima scadenza di versamento successiva alla comunicazione ricevuta. Trascorso tale termine senza che l'azienda abbia provveduto, il Fondo informerà la stessa ed eventualmente, se ritenuto necessario anche i lavoratori interessati, della conseguente sospensione delle prestazioni assicurative. L'erogazione delle prestazioni sarà ripristinata successivamente alla regolarizzazione della posizione, ovvero dal mese concordato nel caso sia stata accordata dal Consiglio di Amministrazione del Fondo una pianificazione del pagamento dei contributi dovuti.
2. Qualora il ritardo del versamento dei contributi sia superiore ad un mese troveranno applicazione gli interessi legali previsti dalla normativa vigente a totale carico del datore di lavoro.
3. In caso di morosità dell'azienda che si protragga per 4 mesi anche non consecutivi, ove non sia stata chiesta e concordata la pianificazione del pagamento e prima di procedere con l'effettiva esclusione, il Fondo invierà una comunicazione di sollecito all'azienda invitandola alla regolarizzazione, che dovrà avvenire improrogabilmente entro e non oltre 30 giorni dalla prima scadenza di versamento successiva alla comunicazione ricevuta. Detta comunicazione sarà inviata per conoscenza anche alle Parti istitutive del Fondo ed eventualmente, se ritenuto necessario, ai lavoratori interessati. Trascorso tale termine senza riscontro positivo, il Fondo provvederà all'esclusione della stessa informando di ciò la società e i lavoratori interessati dell'avvenuta esclusione.
4. Il Fondo non è responsabile, in particolare nei confronti dei lavoratori iscritti, per eventuali danni derivanti dall'omissione e/o morosità contributiva imputabile alla società di appartenenza o, a partire dal 1° giugno 2020, allo stesso dipendente.
5. Il Consiglio di Amministrazione valuterà i termini e le modalità dell'eventuale rientro dell'azienda esclusa per morosità che ne avesse fatto espressa richiesta.

#### **Art. 9 – Revisione delle pratiche**

1. L'iscritto può chiedere al Fondo la revisione delle pratiche per le prestazioni di assistenza sanitaria **entro e non oltre 60 (sessanta) giorni** decorrenti
  - dalla data di ricevimento del bonifico sul proprio conto corrente;
  - dalla data di ricevimento dell'assegno di liquidazione ricevuto;
  - dal ricevimento della comunicazione di rigetto dell'istanza.
2. La decisione del Fondo può essere impugnata dall'iscritto con ricorso indirizzato al Consiglio di Amministrazione **entro 30 (trenta) giorni** dalla comunicazione della stessa.
3. **Entrambi i termini sono da ritenersi improrogabili e pertanto previsti a pena di decadenza.**

#### **Art. 12 – Privacy e tutela dei dati personali**

1. Tutti i dati conferiti saranno trattati dal Fondo, dalle Compagnie di Assicurazioni e dall'eventuale Service Amministrativo secondo le modalità ed entro i limiti previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 e successive modifiche ed integrazioni.
2. L'autorizzazione del Fondo, delle Compagnie di Assicurazione e del Service Amministrativo al trattamento dei dati personali di ciascun lavoratore sarà rilasciata dall'iscritto in occasione della

prima richiesta di prestazione mediante sottoscrizione di apposita modulistica, previa lettura dell'informativa di cui all'art. art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679.

## **TITOLO II - ASSISTENZA SANITARIA**

### **Art. 11 - Oggetto della prestazione**

Come previsto dall'art. 74 *quater* del richiamato C.C.N.L., il Fondo garantisce ai lavoratori di aziende aderenti e loro familiari, prestazioni di assistenza sanitaria attraverso due regimi di erogazione:

- assistenza sanitaria in forma diretta mediante il ricorso a prestazioni in regime di convenzione;
- assistenza sanitaria in forma indiretta o in regime rimborsuale.

### **Art. 12 – Gestione delle prestazioni**

1. Per la gestione delle prestazioni, il Fondo può stipulare apposite convenzioni con compagnie autorizzate all'esercizio dell'attività di assicurazione del ramo malattia.
2. Al fine di evitare la concentrazione del rischio su una sola Compagnia assicurativa, il Consiglio di Amministrazione del Fondo potrà provvedere, a norma dei commi successivi, ad assegnare in regime di coassicurazione la gestione dei rischi connessi con l'erogazione delle prestazioni.
3. In attuazione dei commi 1 e 2 del presente articolo, il Consiglio di Amministrazione procederà alla stesura del Nomenclatore/Tariffario contenente le prestazioni garantite dal Fondo, che potrà essere rivisto periodicamente.
4. Sulla base del predetto Nomenclatore/Tariffario, il Consiglio di Amministrazione procederà, mediante un invito ad offrire, a selezionare tra le Compagnie di Assicurazione specializzate, quelle cui affidare i rischi connessi con l'erogazione delle prestazioni in base ai principi stabiliti dal comma 2.
5. L'individuazione delle Compagnie dovrà avvenire nel rispetto della procedura stabilita di volta in volta dal Consiglio di Amministrazione.
6. Il Fondo definirà con le Compagnie il contratto finalizzato a porre in essere in concreto le coperture assicurative.

### **Art. 13 - Aveni diritto**

Le prestazioni del presente titolo sono garantite ai lavoratori aventi le caratteristiche già descritte all'art. 2 del presente Regolamento, al coniuge, al convivente *more uxorio* e ai figli fiscalmente a carico così come previsto all'art. 12 del T.U.I.R. .

### **Art. 14 – Tipologia di prestazioni**

1. All'erogazione delle prestazioni il Fondo può provvedere mediante regime di rimborso in forma indiretta delle prestazioni e, se previsto nelle condizioni di polizza, mediante il ricorso a prestazioni in convenzione in forma diretta.
2. Le modalità e i limiti dei rimborsi così come l'elenco delle prestazioni in convenzione sono riportati nel Nomenclatore/Tariffario consultabile nella sezione **NORMATIVA** del sito internet.

### **Art. 15 – Prestazioni in convenzione in forma diretta**

1. Nell'ipotesi in cui si ricorra alle prestazioni in convenzione in forma diretta, nulla è dovuto alla struttura convenzionata.

2. Tuttavia, qualora sia prevista una quota a carico dell'avente diritto eccedente la parte in convenzione, la struttura convenzionata provvederà ad emettere fattura intestata a quest'ultimo con indicazione di tale quota.

#### **Art. 16 – Rimborso delle prestazioni erogate in forma indiretta o rimborsuale**

1. Nell'ipotesi in cui l'iscritto ricorra all'erogazione in forma indiretta o rimborsuale, deve presentare, personalmente per se e/o per gli aventi diritto, domanda di rimborso delle prestazioni ricevute utilizzando l'apposito modulo "Richiesta di rimborso" rinvenibile nella sezione **MODULISTICA** del sito internet.

2. L'iscritto deve compilare il modulo in ogni sua parte, apporvi data e firma ed inviarlo **a mezzo posta elettronica con conferma di ricezione** o, in alternativa, a mezzo raccomandata A/R, utilizzando i recapiti riportati sul sito istituzionale.

3. Al modulo devono essere sempre allegati:

a) la prescrizione medica intestata all'avente diritto completa di diagnosi indicante tipologia e numero delle prestazioni;

b) in caso di ricovero, la copia del foglio di dimissione o del diario clinico (a patto che sia indicata la data di entrata ed uscita dalla struttura sanitaria e la motivazione del ricovero). Il Fondo si riserva di richiedere copia della cartella clinica integrale, timbrata dall'ospedale/istituto di cura/clinica;

c) i documenti di spesa quietanzati ed intestati all'avente diritto con espressa indicazione di tipologia e numero delle prestazioni effettuate, della data di emissione e degli onorari corrisposti;

d) nei casi di cure dentarie, l'apposito modulo predisposto dal Fondo compilato dal medico odontoiatra, reperibile nella sezione **MODULISTICA**.

4. I documenti di cui ai punti a), b), c) e d), devono essere inviati in copia contestualmente alla richiesta di rimborso. Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

5. L'iscritto deve altresì comunicare se il rimborso richiesto sia relativo a spese correlate ad eventi causati da responsabilità di terzi o coperte - anche parzialmente - da un'assicurazione privata di rimborso delle spese mediche. L'avente diritto è responsabile nei confronti del Fondo per i casi di indebito arricchimento.

6. Alla chiusura della pratica di rimborso il Fondo renderà disponibile, nell'area riservata dell'iscritto, l'attestazione comprovante la documentazione ricevuta e le spese effettivamente rimborsate al fine di consentire la detrazione in sede di dichiarazione dei redditi annuale delle eventuali quote di spesa rimaste a suo carico ovvero di fornire le informazioni necessarie per la tassazione separata di quanto oggetto di rimborso qualora il dipendente avesse già dedotto integralmente le spese in dichiarazione dei redditi.

7. Il Fondo effettuerà i rimborsi a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato all'iscritto o tramite assegno.

#### **Art. 17 – Termini di presentazione delle richieste di rimborso da parte dell'iscritto**

1. La richiesta di rimborso delle prestazioni deve essere trasmessa dall'iscritto **entro il termine perentorio di 6 (sei) mesi** decorrenti dalla data riportata sulla documentazione attestante la spesa per cui si richiede il rimborso. Il suddetto termine è previsto a pena di decadenza per cui tutte le richieste pervenute oltre tale termine verranno rigettate.

2. La richiesta di rimborso per retta giornaliera di degenza deve essere trasmessa dall'iscritto **entro il termine perentorio di 6 (sei) mesi** decorrenti dalla data in cui si è stati dimessi. La richiesta trasmessa oltre tale termine comporterà il rigetto della stessa.

3. La richiesta di rimborso delle spese relative alle prestazioni eseguite nella fase di pre-ricovero deve essere trasmessa dall'iscritto **entro il termine perentorio di 6 (sei) mesi** decorrenti dalla data di dimissioni dal ricovero. Anche il suddetto termine è previsto a pena di decadenza e pertanto tutte le richieste tardive verranno rigettate.

#### **Art. 18 – Accertamenti amministrativi e controlli sanitari**

Per l'evasione delle pratiche di rimborso, il Fondo potrà richiedere l'esibizione degli originali dei documenti inviati ed ogni altra documentazione ritenuta necessaria, nonché avvalersi dell'ausilio di un team sanitario specializzato all'uopo prescelto cui sottoporre le singole casistiche.