



00198 Roma - Via Aniene, 14
T. 06.48.07.35.01 - F. 06.48.07.35.48
mefop@mefop.it
mefospa@pec.it
www.mefop.it

Linee Guida per la best-practice dei Fondi sanitari

Documento elaborato dai Fondi sanitari partecipanti ai
tavoli organizzati e coordinati da Mefop SpA
Versione aggiornata al 21.04.2021



Sommario

Glossario	4
Assistenza sanitaria integrativa	4
Forme collettive di assistenza sanitaria integrativa	4
Forme individuali di assistenza	4
Fondi sanitari	4
1. Fondi sanitari ex art. 9 del D.Lgs. 502/92 (cfr. art. 10. Lett. e-ter TUIR)	4
2. Enti, Casse e SMS aventi esclusivamente fini assistenziali	5
Piano sanitario	5
Nomenclatore tariffario	6
Prestazioni	6
Modello di gestione del rischio sanitario	6
Prevenzione	7
Principi generali	8
Scopo	8
1. L'interesse del beneficiario	8
2. Regole generali di condotta	8
Trasparenza	8
1. Identificazione della forma rispetto ad altri strumenti/prodotti	8
2. Chiarezza dell'informazione	8
3. Accessibilità dell'informazione	8
4. La documentazione minima	9
5. Comunicazione verso gli iscritti	9
Adesione	9
Governance	10
1. Principi generali	10
2. Requisiti di professionalità	11
3. La gestione del Fondo	11
La gestione sanitaria	11
1. La definizione e il monitoraggio del Piano sanitario	12
2. Prestazioni e servizi	12
La fase dell'erogazione	13
1. Principi generali	13
2. La relazione con gli enti erogatori delle prestazioni	13
4. Controllo e miglioramento continuo	14

5. La procedura di gestione dei reclami	14
Processi di esternalizzazione delle attività del Fondo	15
1. Principi generali.....	15
2. Il processo di esternalizzazione	15
3. Principali contenuti delle convenzioni di gestione amministrativa.....	16
4. Principali contenuti delle convenzioni di gestione assicurativa.....	16
5. Monitoraggio e controllo delle attività esternalizzate	17
La gestione in autoassicurazione	17
1. Principi generali.....	17
2. Riserve	17
Processo di gestione delle risorse finanziarie.....	19
Controllo di gestione e monitoraggio del Fondo	20
1. Principi generali.....	20
2. Gestione tecnico attuariale	20
La rendicontazione.....	21
ALLEGATO 1: Schema di Statuto	22
PARTE I - IDENTIFICAZIONE E SCOPO DEL FONDO.....	22
PARTE II - OGGETTO DELLA TUTELA E DESTINATARI	23
PARTE III - PROFILI ORGANIZZATIVI.....	26
a) Organizzazione del Fondo	26
b) Gestione sanitaria, amministrativa, contabile e patrimoniale	31
PARTE IV - TRASPARENZA E RAPPORTI CON GLI ISCRITTI	33
PARTE V - NORME FINALI	34
ALLEGATO 2: Rendicontazione e schema di bilancio	36
a. La rendicontazione	36
b. Schema di bilancio	38
ALLEGATO 3: Scheda Informativa.....	49

Il presente documento recepisce gli esiti dei Tavoli di lavoro ad oggi conclusi. Le indicazioni ivi contenute, anche laddove formulate in modo prescrittivo, rappresentano previsioni di **best practice** cui il Fondo sceglie di aderire nel rispetto dei limiti che la compatibilità con la singola specifica realtà impone.

Glossario

Assistenza sanitaria integrativa

Forma di assistenza sanitaria privata che si sviluppa con l'obiettivo di affiancare le prestazioni assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale (di seguito SSN), attraverso l'erogazione di prestazioni "integrative" al servizio nazionale e distinte in:

- integrative o aggiuntive (extra livelli essenziali di assistenza, di seguito LEA);
- integrative e complementari;
- sostitutive o duplicative

rispetto a quelle comprese nei LEA, definiti dal Piano nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.

Forme collettive di assistenza sanitaria integrativa

Sono forme di assistenza sanitaria integrativa realizzate attraverso l'istituzione di Fondi sanitari, Casse e Società di Mutuo Soccorso (di seguito SMS) con finalità esclusivamente assistenziale dedicate all'adesione di collettività qualificate o attraverso l'adesione a Fondi sanitari già operanti sul mercato, in base ad un accordo collettivo o regolamento.

Forme individuali di assistenza

Sono forme di assistenza sanitaria integrativa realizzate attraverso l'adesione individuale di lavoratori o cittadini a Fondi sanitari o Enti, Casse e SMS con finalità esclusivamente assistenziale.

Fondi sanitari

1. Fondi sanitari ex art. 9 del D.Lgs. 502/92 (cfr. art. 10. Lett. e-ter TUIR)

I Fondi sanitari istituiti dall'art. 9 del D.Lgs. 502/92 si caratterizzano come Fondi sanitari "integrativi" del SSN. Hanno l'obiettivo di erogare le prestazioni escluse dal sistema pubblico o parzialmente a carico dei privati. Le caratteristiche di questi Fondi sanitari (in passato definiti "Fondi

sanitari doc”) sono dettagliate dal D.Lgs. 229/1999 che li definisce come forme di mutualità privata, caratterizzate da:

- non selezione dei rischi sanitari;
- non discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti;
- non concorrenza con il SSN.

La non concorrenza è comunque un principio ampio, visto che questi Fondi sanitari possono erogare anche prestazioni complementari, come per esempio quelle svolte nell’ambito della libera professione intramuraria ex art. 1, comma 4, lett. b) dell’art. 9 del D.Lgs. 502/92, modificato dal D.Lgs. 229/1999.

Possono essere istituiti come **Fondi sanitari di tipo associativo/fondazionale; SMS registrata; Fondi sanitari aperti ex art. 2117 Codice Civile; polizze di assicurazione, se stipulate da Imprese di assicurazione in forma collettiva**, a condizione che contengano l’esplicita assunzione dell’obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti. Nella forma individuale, rappresentano di fatto una forma di “terzo pilastro” nell’ambito dell’assistenza sanitaria.

2. Enti, Casse e SMS aventi esclusivamente fini assistenziali

In passato definiti “Fondi non doc”, possono offrire anche prestazioni sostitutive o duplicative, ossia cure ricadenti nei LEA, fornite in strutture convenzionate e non convenzionate con il SSN. Dal punto di vista storico, queste forme esistono e operano da molti anni e sono state riconosciute dalla disciplina successiva come preesistenti, ciò nonostante molteplici forme di nuova istituzione hanno adottato questo modello. Tali forme devono rispettare/adeguarsi a determinati parametri per essere iscritte all’Anagrafe dei Fondi sanitari (cfr. rispetto della cd. “soglia del 20% delle risorse vincolate” per poter beneficiare dei vantaggi fiscali previsti dal decreto). A tali forme si applica l’art. 51, comma 1, lett. a) del TUIR che prevede la deducibilità limitata ai soli lavoratori dipendenti iscritti collettivamente (per effetto di un contratto o regolamento aziendale).

Piano sanitario

Il Piano sanitario è un documento di programmazione di tutti gli interventi di assistenza integrativa che il Fondo si impegna a mettere in atto a favore degli iscritti. Nel Piano sanitario vengono previsti i pacchetti prestazionali ed i percorsi che il Fondo garantisce all’iscritto attraverso le prestazioni, le attività e i servizi erogabili dal Fondo.

Nomenclatore tariffario

Il nomenclatore tariffario è l'elenco delle prestazioni assicurate dal Fondo. Contiene una definizione delle prestazioni e definisce i limiti di copertura.

Prestazioni

Le prestazioni di assistenza sanitaria sono **le prestazioni integrative¹** rispetto al SSN e possono essere suddivise in:

- integrative o aggiuntive, extra LEA (in particolare quindi prestazioni socio sanitarie, odontoiatria e cure non convenzionali e in futuro tutto quanto sarà escluso dai LEA);
- integrative e complementari (intendendosi convenzionalmente attività libero professionale intramoenia e compartecipazioni alla spesa quali ticket e differenza retta per maggior comfort alberghiero);
- sostitutive o duplicative (intendendosi tutte le prestazioni erogate o erogabili dal SSN ma che a causa dei lunghi tempi di attesa potrebbero essere scarsamente accessibili e vengono, quindi, effettuate dai cittadini nel circuito sanitario privato, anche per maggiore libertà di scelta riguardo il professionista e la struttura; riguardano prevalentemente visite mediche specialistiche e diagnostica).

Le prestazioni dei Fondi sanitari si dividono in due grandi categorie:

- in denaro, erogate sotto forma di rimborso;
- in natura, erogate attraverso assistenza sanitaria diretta e fornite dagli enti sanitari convenzionati con il Fondo sanitario.

Modello di gestione del rischio sanitario

In relazione alle modalità di gestione del rischio, il Fondo si distingue in:

- forma autogestita (o autoassicurata), nella quale il rischio viene assicurato direttamente dal Fondo
- forma a gestione convenzionata (o assicurata), nella quale il rischio viene trasferito interamente, o parzialmente, a compagnie di assicurazione o altri enti abilitati a gestirlo.

¹ Il concetto di integratività è qui inteso in senso ampio e considera tutte le prestazioni erogate dai Fondi sanitari, non solo quelle strettamente extra LEA, integrative e integrate al SSN.

Prevenzione

Per prevenzione si intende il Sistema delle strategie, azioni, prestazioni e servizi indirizzato:

- alla **prevenzione primaria**. La prevenzione primaria ha il suo campo d'azione sul soggetto sano e si propone di mantenere le condizioni di benessere e di evitare la comparsa di malattie. In particolare, è un insieme di attività, azioni ed interventi che attraverso il potenziamento dei fattori utili alla salute e l'allontanamento o la correzione dei fattori causali delle malattie, tendono al conseguimento di uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale dei singoli e della collettività o quanto meno ad evitare l'insorgenza di condizioni morbose. L'insieme di questi interventi è pertanto finalizzato a ridurre la probabilità che si verifichi un evento avverso non desiderato (riduzione del rischio);
- alla **prevenzione secondaria**. La prevenzione secondaria attiene a un grado successivo rispetto alla prevenzione primaria, intervenendo su soggetti già ammalati, anche se in uno stadio iniziale. Rappresenta un intervento di secondo livello che mediante la diagnosi precoce di malattie, in fase asintomatica (programmi di screening), mira ad ottenere la guarigione o comunque limitarne la progressione. Consente l'identificazione di una malattia o di una condizione di particolare rischio seguita da un immediato intervento terapeutico efficace, atto a interromperne o rallentarne il decorso. Le malattie metaboliche congenite sono un gruppo di malattie rare per le quali è possibile attuare interventi di prevenzione secondaria attraverso programmi di screening alla nascita;
- alla **prevenzione terziaria**. La prevenzione terziaria fa riferimento a tutte le azioni volte al controllo e contenimento degli esiti più complessi di una patologia. Consiste nell'accurato controllo clinico-terapeutico di malattie ad andamento cronico o irreversibili, ed ha come obiettivo quello di evitare o comunque limitare la comparsa sia di complicazioni tardive che di esiti invalidanti. Con prevenzione terziaria si intende anche la gestione dei deficit e delle disabilità funzionali consequenziali ad uno stato patologico o disfunzionale. Si realizza attraverso misure riabilitative e assistenziali, volte al reinserimento familiare, sociale e lavorativo del malato, e all'aumento della qualità della vita (es. misure di riabilitazione motoria; supporto psicologico; ecc.). Fanno parte della prevenzione terziaria diverse prestazioni afferenti al segmento socio-sanitario.

Principi generali

Scopo

Il Fondo sanitario (di seguito il Fondo) persegue lo scopo di completare le prestazioni erogate dal SSN, attraverso prestazioni integrative o aggiuntive, integrative e complementari e, in parte, sostitutive o duplicative, rispetto a quelle comprese nei LEA, operando nell'interesse prioritario dell'iscritto, nel rispetto della disciplina di settore e secondo standard di trasparenza ed efficienza. Lo scopo del Fondo è quello di concorrere con il SSN alla realizzazione di una tutela più ampia della salute dei cittadini, attraverso meccanismi di integrazione e sussidiarietà con il segmento pubblico. Alle finalità in oggetto sono preordinate tutte le attività e la stessa politica gestionale del Fondo.

1. L'interesse del beneficiario

Le azioni del Fondo sono indirizzate a realizzare l'interesse dell'iscritto e sono orientate al miglioramento continuo dei livelli di servizio.

2. Regole generali di condotta

Il Fondo impronta il proprio operato ai principi della trasparenza, efficacia ed efficienza, correttezza, responsabilità e miglioramento continuo.

Trasparenza

1. Identificazione della forma rispetto ad altri strumenti/prodotti

Il Fondo adotta la denominazione "Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa" o formula analoga, assicurando la differenziazione delle politiche di comunicazione relative al fondo sanitario rispetto a quelle di altri strumenti/prodotti.

2. Chiarezza dell'informazione

Il Fondo si impegna a fornire le informazioni agli iscritti effettivi e potenziali in modo chiaro e corretto, non equivoco e coerente con quanto previsto dalla disciplina e dalle norme contrattuali.

3. Accessibilità dell'informazione

Il Fondo mette a disposizione degli iscritti le informazioni minime per conoscere lo strumento e per avere contezza delle principali caratteristiche. A tal fine il Fondo si attiva per:

- implementare un sito web o un'area del sito specificamente dedicata, in cui inserire i documenti minimi obbligatori e le informazioni minime;
- predisporre, laddove possibile, una modulistica standard o/e dei tool di assistenza per l'iscritto.

In ogni caso, le informazioni necessarie per l'attivazione dei diritti e la documentazione contrattuale sono consegnate su richiesta degli iscritti effettivi e potenziali.

4. La documentazione minima

Il Fondo si attiva per rendere consultabile, possibilmente sul sito internet, e in ogni caso all'atto dell'adesione una serie di documenti, tra cui:

- lo Statuto e/o regolamento del Fondo;
- il Piano sanitario e/o il nomenclatore delle prestazioni;
- la modulistica per l'attivazione dei servizi e la richiesta di prestazioni;
- la documentazione precontrattuale, con particolare riferimento a quella dovuta in base alla normativa settoriale.

Il Fondo si impegna a trasmettere ai potenziali aderenti e agli iscritti per via contrattuale un documento che illustri sinteticamente il funzionamento del Fondo sanitario. All'interno del documento devono essere presenti tutte le informazioni illustrate nell'Allegato 3 "Scheda Informativa".

5. Comunicazione verso gli iscritti

Il Fondo comunica con l'iscritto in tutte le principali fasi del rapporto. Si attiva per rendere conoscibile all'iscritto l'adesione al Fondo e consultabile lo stato della sua posizione associativa/assicurativa e, se possibile, lo stato delle richieste inoltrate ed evase.

Il Fondo mette a disposizione dell'iscritto un centro di informazione, attraverso il canale telefonico e web e si attiva per rendere chiare le modalità attraverso le quali gli iscritti possono interloquire per rappresentare le proprie esigenze e i propri reclami.

Adesione

Il Fondo, anche laddove non espressamente obbligato (es. Fondi negoziali associativi), si impegna, attraverso i soggetti istitutori, a rendere possibile l'adesione nel rispetto del principio di non discriminazione, valutando con attenzione la possibilità di estendere l'adesione anche ai lavoratori che cessino l'attività lavorativa e ai componenti dei nuclei familiari, laddove tale opzione sia compatibile con le caratteristiche della forma di assistenza sanitaria.

Il Fondo si impegna per curare la formazione continua del personale addetto alla raccolta dell'adesione e per rendere l'adesione degli iscritti consapevole, nel rispetto dei principi di trasparenza.

Laddove possibile, il Fondo redige una procedura in materia di collocamento, anche sulla base delle indicazioni delle parti istitutive.

Il Fondo si impegna a monitorare le strutture deputate alla raccolta delle adesioni attraverso controlli periodici che vadano ad indagare la correttezza e l'efficacia del processo di collocamento.

Governance

1. Principi generali

La vita associativa del Fondo è regolata da uno Statuto in cui sono chiariti i diritti e i doveri degli associati e disciplinate le modalità di amministrazione e scioglimento del Fondo.

Lo Statuto deve contenere le clausole previste dalla legge e deve attuare, laddove necessario, le previsioni contenute negli accordi/contratti istitutivi (es. contribuzione; requisiti di partecipazione alla forma e alla vita sociale dell'ente). Per le forme negoziali si rinvia all'ALLEGATO 1: Schema di Statuto.

L'organo amministrativo del Fondo è responsabile della sana e prudente gestione della forma di assistenza sanitaria integrativa.

Spettano all'organo amministrativo, in conformità a quanto previsto dalle fonti istitutive, le valutazioni strategiche relative alla copertura sanitaria, la definizione del Piano sanitario e, a monte, del fabbisogno assistenziale degli iscritti potenziali e attuali, nonché le scelte relative alle modalità di gestione. L'organo è inoltre responsabile, direttamente e attraverso suoi delegati o rappresentanti (es. commissioni tecniche), della correttezza, efficacia ed efficienza dei processi gestionali e di monitoraggio.

In linea generale, il Fondo - ferme restando le disposizioni delle fonti istitutive - valuta attentamente la sussistenza in capo ai consiglieri di amministrazione di requisiti di onorabilità, professionalità e compatibilità, anche in analogia a quanto previsto nelle discipline dei settori affini.

Il Fondo si attiva per comporre/integrare le commissioni che si occupano delle istruttorie relative ai piani sanitari e alle scelte strategiche di tipo sanitario, assicurativo e finanziario, con soggetti di comprovata professionalità.

Relativamente alla definizione e al monitoraggio del Piano sanitario e degli strumenti adottati per realizzarlo il Fondo si affida a professionisti in grado di valutare l'efficacia sanitaria, la sostenibilità economica e l'adeguatezza giuridica delle soluzioni proposte, tenendo presenti gli interessi degli iscritti.

Ogni Fondo si dota di una funzione attuariale utilizzando le competenze già presenti nella struttura, attraverso un incarico professionale o mediante una combinazione di figure interne e esterne.

La funzione attuariale valuta la sostenibilità del Piano sanitario nel medio e nel lungo periodo, ne analizza la sua tenuta in condizioni di «stress» e propone eventuali azioni correttive.

Le valutazioni attuariali sono funzionali all'attività di tutte le tipologie di Fondi sanitari, anche se con modalità differenziate in relazione a forma di gestione, platea di riferimento e tipologia di prestazione. La figura dell'attuario assume importanza anche nel caso dei Fondi sanitari che esternalizzano completamente la gestione delle prestazioni assistenziali. In tal caso, l'attuario rappresenta una figura di ausilio agli organi del Fondo per la valutazione e il monitoraggio delle gestioni esternalizzate (a titolo esemplificativo: capitolato, procedura di selezione, adeguatezza della convenzione e delle sue evoluzioni in relazione alle modifiche interne dei nomenclatori, procedure...).

2. Requisiti di professionalità

Il Fondo si assicura che l'affidamento degli incarichi, soprattutto con riferimento alla composizione dell'organo amministrativo e di controllo, sia indirizzato a soggetti in possesso di una adeguata professionalità, acquisita attraverso l'attività professionale svolta nel periodo precedente l'incarico o/e attraverso l'attestazione di frequenza a corsi specifici.

3. La gestione del Fondo

L'organo amministrativo, comunque denominato, è chiamato a definire le linee gestionali, il piano dell'offerta di assistenza sanitaria, l'efficacia e l'efficienza della gestione, nel rispetto della legge e del più generale interesse dell'iscritto.

A tal fine, l'organo adotta le procedure più adeguate a garantire un servizio di livello e una risposta efficace alle esigenze degli iscritti, valutando periodicamente il tipo e il livello della copertura.

La gestione sanitaria

Al Fondo spetta curare ogni attività inerente la gestione sanitaria. In particolare, al Fondo compete:

- a) la valutazione iniziale e periodica del fabbisogno assistenziale degli iscritti;
- b) la valutazione del livello di servizio da assicurare e dei necessari processi organizzativi da implementare;
- c) la selezione degli eventuali outsourcers e la definizione dei rapporti con gli stessi sia a livello contrattuale che operativo;
- d) il monitoraggio di tutti i processi.

Il Fondo, in quanto gestore sanitario, è responsabile nei confronti degli aderenti, anche in caso di esternalizzazione, per ogni pregiudizio arrecato in conseguenza del mancato adempimento degli obblighi associativi e assunti con la convenzione.

1. La definizione e il monitoraggio del Piano sanitario

Il Piano sanitario costituisce la base programmatica per la definizione di tutti gli interventi che il Fondo assicura ai propri iscritti e rappresenta il principale strumento di programmazione delle strategie e degli interventi che il Fondo intende adottare. Tale documento viene redatto in seguito ad una analisi del fabbisogno sanitario integrativo, che tenga presente il livello di copertura generale offerto dal Piano sanitario Nazionale rispetto alla platea di riferimento. Per effettuare delle analisi adeguate il Fondo si garantisce l'accesso a tutti i dati, anche storici. Il documento è approvato dall'organo amministrativo o dalle Parti istitutive.

Il Piano sanitario dovrebbe essere revisionato con cadenza periodica e monitorato con continuità. Da una congrua valutazione del Piano sanitario deve discendere una attività operativa e analitica indirizzata alla definizione di tutti gli interventi necessari a realizzarlo.

Per realizzare l'attività programmatica prevista dal Piano sanitario il Fondo pianifica i diversi interventi da porre in essere, tra cui:

- le prestazioni da erogare;
- i servizi e gli interventi da fornire.

La corretta definizione del Piano sanitario e degli interventi previsti nel nomenclatore delle prestazioni consente al Fondo di valutare la tipologia di attività da porre in essere, l'opportunità di un'eventuale esternalizzazione della gestione sanitaria, la gestione delle procedure di selezione degli outsourcers nonché l'identificazione dell'oggetto delle convenzioni tra Fondo e outsourcers.

La valutazione del fabbisogno assistenziale degli iscritti è assicurata tempo per tempo. A tal fine il Fondo si organizza per conservare e elaborare dati o report sulle prestazioni e servizi effettivamente utilizzati e si attiva per sollecitare la valutazione di gradimento del servizio. Queste attività vengono adeguatamente proceduralizzate.

2. Prestazioni e servizi

Il Fondo predispose ed aggiorna con cadenza regolare un nomenclatore delle prestazioni offerte agli iscritti. Nella redazione del nomenclatore il Fondo tiene presente le innovazioni operate dal SSN e inserisce clausole di flessibilità che consentano la valutazione di voci non esplicitamente previste nel nomenclatore e adotta procedure idonee a registrare le istanze/fabbisogni non coperti degli iscritti.

Il Fondo si impegna a dare adeguata visibilità al nomenclatore, utilizzando se possibile anche il sito web.

Il Fondo si attiva nella sperimentazione di modalità semplici e immediate per la comunicazione delle prestazioni coperte (cfr. uso di tools; infografiche; campagne di comunicazione).

La fase dell'erogazione

1. Principi generali

L'erogazione delle prestazioni deve avere come obiettivo primario la soddisfazione dell'iscritto in termini di efficienza, tempestività del servizio e qualità della prestazione erogata.

Il Fondo si impegna a dotarsi di un sistema organizzativo interno che permetta il costante controllo e monitoraggio sul processo di erogazione, a prescindere dall'esternalizzazione della gestione assicurativa.

Il Fondo si impegna a costruire un sistema di relazioni con gli enti erogatori volto ad elevare l'efficienza del settore nei confronti dell'iscritto, in particolare semplificando ed efficientando l'erogazione, privilegiando il convenzionamento rispetto al sistema rimborsuale.

Il Fondo si impegna a rendere espliciti i tempi massimi di liquidazione e si impegna a standardizzare/procedimentalizzare il processo di liquidazione.

Il Fondo valuta l'opportunità di monitorare la soddisfazione degli iscritti sui livelli di servizio in relazione agli standard assicurati anche tramite l'ausilio di questionari di soddisfazione specificamente focalizzati sui seguenti aspetti:

- servizi di supporto/assistenza all'iscritto;
- fruibilità del sito e accessibilità attraverso numeri verdi, centri informazioni e altre forme di ausilio dell'iscritto;
- servizio reso tramite network;
- semplicità delle procedure;
- tempi medi di evasione.

2. La relazione con gli enti erogatori delle prestazioni

Il Fondo si impegna a impostare correttamente i rapporti con gli enti erogatori delle prestazioni, mantenendo la responsabilità del processo comunicativo con gli stessi anche in caso di affidamento a terzi dell'attività di convenzionamento.

3. Accesso alle prestazioni

Gli iscritti sono messi in condizione di conoscere le modalità di copertura e di erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Il Fondo predispone una modulistica completa, chiara ed esaustiva da rendere disponibile anche on line all'iscritto e, laddove possibile, consente all'iscritto di seguire la fase di liquidazione.

Il Fondo assicura e organizza un servizio di assistenza telefonica o web gestito da risorse adeguatamente formate.

Il Fondo definisce, laddove possibile, i livelli di servizio all'interno di un Service Level Agreement (di seguito SLA) da condividere con tutti i soggetti coinvolti nel processo di gestione delle pratiche ed erogazione delle prestazioni.

4. Controllo e miglioramento continuo

Il Fondo imposta le attività di controllo periodico della fase di liquidazione attraverso elaborazioni statistiche periodiche effettuate sulla base di dati in possesso o ricevuti dagli outsourcer, controlli a campione e questionari di gradimento.

Il Fondo si impegna a tenere in attenta considerazione non solo il livello di soddisfazione sui servizi di liquidazione ma anche il feedback qualitativo dell'iscritto e le eventuali richieste/aspettative. Il Fondo utilizza una idonea procedura di gestione delle comunicazioni e reclami ai fini del controllo e del miglioramento continuo del processo di erogazione.

5. La procedura di gestione dei reclami

Il Fondo adotta una procedura di gestione del reclamo funzionale al controllo dei livelli di servizio, alla soddisfazione dell'iscritto e al miglioramento continuo.

Un reclamo è qualunque espressione di insoddisfazione che richieda una risposta. In tal senso, il Fondo si organizza per gestire la fase di raccolta, elaborazione e analisi dei reclami.

I reclami ricevuti vengono registrati nella modalità ritenuta più congrua dal Fondo che ne cura la trattazione e il suo esito finale, evidenziandone le aree di competenza interessate.

Le competenze in materia di gestione dei reclami sono attribuite a strutture idonee a garantirne lo svolgimento nel rispetto dei principi di tempestività, trasparenza, correttezza.

Il Fondo gestisce i reclami pervenuti, anche qualora riguardino l'attività di soggetti coinvolti nel proprio ciclo operativo, dando riscontro direttamente ai soggetti reclamanti con la tempestività necessaria.

Il Fondo adotta adeguati presidi organizzativi e idonee procedure operative tese ad assicurare il rispetto dei principi sopra indicati e l'interesse finale dell'iscritto.

Il Fondo fornisce, con gli strumenti ritenuti più adeguati, tutte le informazioni utili per la presentazione dei reclami, valorizzando il ruolo del sito internet.

Nell'ambito della procedura di gestione del reclamo, il Fondo si organizza per prevedere momenti di sintesi e controllo e effettua report periodici per l'organo di amministrazione.

Processi di esternalizzazione delle attività del Fondo

Il Fondo può gestire indirettamente, attraverso appositi mandati, sia le funzioni tipiche relative alla gestione assicurativa e amministrativa, sia le attività strumentali/atipiche, tra cui la gestione finanziaria dell'eventuale patrimonio accantonato/residuato.

Nelle scelte di esternalizzazione, nell'affidamento dell'incarico e nel controllo, il Fondo rispetta i principi di cui ai successivi paragrafi.

1. Principi generali

La capacità di fornire servizi di adeguato livello richiede un processo di autoanalisi, in termini organizzativi e tecnici, e di miglioramento continuo delle attività e dei processi gestionali.

Il Fondo può delegare a terzi l'adempimento di attività, nella consapevolezza che l'erogazione di servizi soddisfacenti ed il raggiungimento dell'interesse del beneficiario sono obiettivi conseguibili solo attraverso un'integrazione efficiente tra le attività svolte dal Fondo e da tutti gli outsourcers. Tale circostanza evidenzia la necessità che il Fondo operi con attenzione la scelta dell'esternalizzazione e l'entità dei servizi delegati.

Il Fondo è direttamente responsabile di tutti i servizi svolti nei confronti degli iscritti e dell'intero processo tecnico ed amministrativo anche in caso di esternalizzazione.

È onere del Fondo proceduralizzare la fase di selezione, gestione e controllo dell'outsourcer al fine di poter controllare i rischi associati al processo.

2. Il processo di esternalizzazione

Il processo di esternalizzazione parte dall'individuazione e corretta valutazione del servizio che si intende esternalizzare. La fase di analisi è propedeutica alla redazione del capitolato di servizi da esternalizzare, alla strutturazione di un processo trasparente, chiaro e ispirato a criteri oggettivi e all'identificazione della migliore procedura di selezione.

Il Fondo che intende esternalizzare uno o più servizi si preoccupa di assicurare un processo di selezione e valutazione ispirato ai principi di legalità, prevenzione dei conflitti di interesse, correttezza, trasparenza ed efficienza.

Dopo aver selezionato l'outsourcer, il Fondo procede alla formalizzazione del rapporto, previa attenta valutazione legale, mediante utilizzo di soggetti di comprovata professionalità e competenza.

Il Fondo integra le strutture o commissioni, deputate a valutare l'opportunità di esternalizzazione e a gestire il processo di selezione, gestione e controllo dell'outsourcer, con risorse dotate di idonea professionalità:

- consulente tecnico attuariale per la valutazione dell'esternalizzazione assicurativa;
- consulente sanitario, per la valutazione di tutti gli aspetti di natura medico-sanitaria legati ai processi di esternalizzazione.

Le condizioni contenute nelle polizze/contratti che siano di diretto interesse degli iscritti vengono rese pubbliche, inserendole nella documentazione del Fondo messa a disposizione degli iscritti.

Ogni variazione rilevante che investa il soggetto a cui viene esternalizzato il servizio e le caratteristiche dell'esternalizzazione viene comunicata o resa nota dal Fondo ai propri iscritti.

3. Principali contenuti delle convenzioni di gestione amministrativa

La convenzione di gestione amministrativa contiene previsioni circostanziate sugli obblighi dell'outsourcer in termini di:

- a) responsabilità, nel rispetto delle procedure formalizzate e disponibilità alla modifica delle condizioni contrattuali, anche attraverso clausole di flessibilità che consentano l'adeguamento dei processi alle eventuali modifiche deliberate dal Fondo sanitario (es. previsione di adeguamenti automatici in caso di modifiche dei manuali operativi e/o degli SLA associati), nonché dovute a intervenute variazioni di norme che regolano il settore;
- b) conservazione e invio tempestivo al Fondo sanitario di tutti i dati gestiti dall'outsourcer ma di titolarità del Fondo stesso;
- c) attenta definizione delle tempistiche di adempimento, degli accordi economici e delle caratteristiche del servizio;
- d) rispetto di uno SLA in cui vengano definiti i livelli di servizio e rapporti tra l'outsourcer ed altri soggetti coinvolti nel processo o altri outsourcer;
- e) attenta definizione del diritto di accesso e controllo periodico da parte del Fondo.

4. Principali contenuti delle convenzioni di gestione assicurativa

La convenzione di gestione assicurativa contiene previsioni circostanziate sugli obblighi dell'outsourcer in termini di:

- a) chiarezza delle condizioni contrattuali, con particolare riferimento a caricamenti, franchigie, scoperti, carenze e possibilità di inserimento tardivo in polizza;
- b) conservazione e invio tempestivo al Fondo di tutti i dati gestiti dall'outsourcer ma di titolarità del Fondo stesso;
- c) confronto periodico con le strutture deputate dal Fondo alla gestione e al monitoraggio della esternalizzazione finalizzato alla:
 - a. valutazione del servizio;
 - b. verifica delle tempistiche di adempimento;

- d) possibile ristorno di parte del premio assicurativo in favore del Fondo contraente in considerazione dell'andamento complessivo del contratto.

5. Monitoraggio e controllo delle attività esternalizzate

Il Fondo si impegna a mettere in atto un'attività di monitoraggio e controllo sull'attività svolta dall'impresa delegata. A tal fine, il Fondo istruisce le risorse interne deputate al controllo dei dati regolarmente ricevuti dagli outsourcer o istituisce una o più commissioni tecniche deputate a tale compito.

Il Fondo valuta periodicamente l'andamento della gestione esternalizzata e si adopera per eseguire controlli attraverso:

- scambio di flussi documentali relativamente alla regolarità delle prestazioni e dei processi di liquidazione;
- controlli a campione su pratiche, accessi e liquidazioni;
- controllo sistematico sui livelli del servizio reso agli iscritti relativamente a tutte le principali fasi dei processi esternalizzati;
- controllo sull'attività amministrativa svolta a supporto dei processi interni del Fondo (es. gestione della pratica di rimborso/riciesta erogazione diretta della prestazione da parte di un outsourcer amministrativo);
- controllo sull'adeguato funzionamento del network convenzionato.

La gestione in autoassicurazione

1. Principi generali

Il patrimonio del Fondo è costituito da tutte le entrate o beni entrati nella disponibilità del Fondo e non utilizzati per il pagamento diretto o indiretto delle prestazioni.

Il patrimonio è formato da risorse libere e/o da riserve, comunque denominate. Queste ultime devono essere presenti nel caso di Fondo che assicura direttamente il rischio (autoassicurato), ai fini della salvaguardia dei diritti degli iscritti e della sostenibilità.

Date le suddette riserve, risulta determinato il *Fondo di dotazione libero dagli impegni finalizzato a garantire requisiti di solvibilità*.

2. Riserve

Le riserve calcolabili in un Fondo sanitario dipendono dal sistema finanziario di gestione adottato: a ripartizione o a capitalizzazione collettiva.

In un sistema di finanziamento a ripartizione i contributi versati dagli iscritti nell'anno vengono utilizzati per pagare le prestazioni per gli eventi accaduti nello stesso anno.

In un sistema di finanziamento a capitalizzazione collettiva la somma dei contributi relativi all'intera collettività assicurata e dei rendimenti prodotti dall'investimento del patrimonio forma la riserva a copertura delle prestazioni erogate tempo per tempo ai componenti della stessa collettività.

In un sistema a ripartizione il Fondo sanitario procede al calcolo delle seguenti riserve tecniche:

- *Debiti per prestazioni di rimborso spese sanitarie*: in questa voce devono essere inclusi i debiti - relativi a spese sanitarie sostenute nell'esercizio e presentate a rimborso entro la fine dell'esercizio o, comunque, entro la data di redazione del bilancio - che al 31 dicembre non sono stati ancora eseguiti. Ovviamente, questa voce non sarà presente in quei fondi sanitari operanti integralmente mediante convenzione assicurativa, laddove per effetto della convenzione le prestazioni sono erogate direttamente dall'impresa assicurativa e il Fondo può dirsi sostanzialmente esonerato da responsabilità relative al pagamento delle prestazioni di rimborso.
- *Fondo rischi per spese sanitarie da rimborsare, non ancora presentate a rimborso*: somma da accantonare in previsione di costi da sostenere in futuro a fronte di eventi avvenuti nell'esercizio in corso o in esercizi precedenti. La voce relativa ai fondi rischi per spese sanitarie da rimborsare, non ancora presentate a rimborso, sarà presente in quei fondi sanitari in cui il regolamento di funzionamento prevede la possibilità per gli iscritti di richiedere prestazioni a rimborso anche successivamente alla chiusura dell'esercizio: in tal caso, occorrerà dunque effettuare una stima, alla data di chiusura dell'esercizio, di quali e quanti spese potranno essere richieste a rimborso in futuro a valere sui contributi versati nell'esercizio in chiusura. Ovviamente, questa voce non sarà presente in quei fondi sanitari operanti integralmente mediante convenzione assicurativa, laddove per effetto della convenzione le prestazioni sono erogate direttamente dall'impresa assicurativa e il Fondo può dirsi sostanzialmente esonerato da responsabilità relative al pagamento delle prestazioni di rimborso.
- *Riserva contributi*: riserva per la frazione di contributo di competenza degli esercizi successivi. Tale riserva può essere accantonata o meno a seconda della periodicità del versamento dei contributi a favore del Fondo.
- *Riserva di senescenza*: accantonamento destinato alla compensazione dell'aggravamento del rischio legato al crescere dell'età degli iscritti. Tale riserva risulta particolarmente importante quando i contributi siano determinati con riferimento alle età iniziali e non siano aggiornati con periodicità annuale.
- *Riserva di stabilizzazione contributi e prestazioni*: accantonamento di risorse effettuato per consentire al Fondo sanitario di integrare le risorse a disposizione per la copertura di

contributi o prestazioni in caso di oscillazioni derivanti da situazioni di insufficienza dei contributi ricevuti o di eccesso di prestazioni richieste a rimborso in un dato anno.

In un sistema a capitalizzazione, ove utilizzato nel caso di copertura del rischio di non autosufficienza permanente, il Fondo sanitario procede al calcolo della *riserva matematica*, ossia la somma che deve essere accantonata per far fronte agli obblighi futuri assunti verso gli iscritti non autosufficienti alla data del bilancio nonché per le prestazioni LTC che matureranno in futuro in favore di beneficiari per i quali nel corso degli esercizi sono stati versati contributi.

Processo di gestione delle risorse finanziarie

Il Fondo gestisce il patrimonio a propria disposizione strutturando un processo d'investimento il cui punto di partenza è rappresentato dall'analisi delle passività attuali e prospettive (analisi di asset & liability management, di seguito ALM). A tal fine il Fondo utilizza i risultati delle valutazioni attuariali per individuare gli obiettivi e l'orizzonte temporale della gestione finanziaria, sia con riferimento alla componente a riserva (tipicamente orientata al medio termine, per la quale l'obiettivo primario è la conservazione del valore reale del patrimonio) che all'ottimizzazione della gestione dei flussi di cassa annuali (tipicamente nel breve periodo allo scopo di far fronte all'erogazione dei rimborsi e al pagamento delle spese di gestione dell'esercizio in corso).

Il Fondo definisce conseguentemente l'asset allocation strategica tenendo anche conto della propria dimensione, della struttura di governance e delle politiche contabili adottate.

Nella gestione delle loro disponibilità, osserva i seguenti criteri:

- a) ottimizzazione della combinazione redditività-rischio;
- b) adeguata diversificazione;
- c) efficiente gestione e contenimento dei costi.

Per quanto concerne la politica d'impiego delle risorse, il Fondo valuta la modalità gestionale (diretta vs delegata) tenendo conto della propria dimensione, della struttura di governance e del grado di complessità della gestione. In caso di gestione delegata, il Fondo si ispira ai principi, di cui al paragrafo "Processi di esternalizzazione delle attività del Fondo", definendo la modalità di selezione secondo un principio di proporzionalità rispetto alle proprie dimensioni.

Il Fondo predispone un sistema di controllo della gestione finanziaria finalizzato a valutare il raggiungimento degli obiettivi e i rischi sostenuti, a monitorare, qualora presenti, i gestori delegati e rivedere periodicamente l'asset allocation strategica previo aggiornamento dell'analisi di ALM.

Nel processo di gestione finanziaria, il Fondo può essere assistito da consulenti attuariali o finanziari. In tal caso rispettano i principi generali di terzietà del consulente rispetto al gestore e i principi dettati da queste Linee Guida in materia di outsourcing.

Il Fondo predispone, al fine di un adeguato governo del processo di investimento, un documento sulla politica d'investimento che ne descriva gli obiettivi, i criteri di attuazione, il sistema di controllo e i ruoli e le responsabilità dei soggetti coinvolti. Il documento sulla politica di investimento contiene anche la procedura da adottare per la revisione periodica dell'asset allocation strategica, in funzione del modificarsi delle condizioni di mercato, del saldo tecnico del Fondo e delle valutazioni attuariali e prospettiche.

Controllo di gestione e monitoraggio del Fondo

1. Principi generali

Il Fondo struttura un sistema di controllo della gestione secondo un principio di proporzionalità rispetto alla complessità del modello gestionale posto in essere, al fine di garantire un'attenta analisi di assunzione, trasferimento e riduzione del rischio.

Le procedure di analisi, gestione e monitoraggio dei rischi sono adottate dal Fondo in tutte le fasi dell'attività tipica e atipica e assumono particolare specificità relativamente alla gestione tecnico attuariale del rischio.

2. Gestione tecnico attuariale

Il Fondo predispone un sistema di reportistica periodica tramite il quale sia possibile evincere informazioni sulla stabilità tecnica e sulla sostenibilità del Fondo, supportato dalla costruzione di un set di indicatori di rischio tra cui, a titolo di esempio:

- **Indicatori numerici/di frequenza:**
 - numero medio sinistri per iscritto (n. totale sinistri/n. iscritti);
 - numero medio sinistri per evento (n. totale sinistri/n. totale eventi);
 - numero sinistri per tipologia di prestazione;
 - numero sinistri per comune di residenza;
 - numero iscritti ad adesione volontaria /numero iscritti ad adesione obbligatoria;
 - numero iscritti per codice di avviamento postale;
- **Indicatori relativi all'ammontare:**
 - contributo medio (totale contributi/n. iscritti);
 - importo prestazione media (totale prestazioni erogate/n. iscritti);
 - costo medio sinistro (importo totale prestazioni/n. totale sinistri);
 - percentuale delle prestazioni coperte da contributo dell'anno (totale prestazioni/totale contributi);
 - quota parte dei contributi non destinata a prestazioni (patrimonio/totale contributi).

Nel calcolo degli indicatori il Fondo Sanitario tiene conto di una serie di variabili rilevanti tra cui, a titolo di esempio:

- modello gestionale (assicurato o autoassicurato);
- popolazione del Fondo (apertura ai pensionati e/o ai familiari a carico);
- anni di attività del Fondo;
- anagrafiche (età, sesso etc);
- tipologia di prestazione;
- adesione volontaria o adesione obbligatoria.

Le considerazioni derivanti da tale reportistica minima sono utilizzate per valutare la necessità di ulteriori analisi eventualmente necessarie all'implementazione di interventi correttivi.

La rendicontazione

Il Fondo predispone un bilancio chiaro, facendo riferimento alle regole generali dettate dal Codice Civile, pur con i dovuti adattamenti.

Il bilancio viene redatto tenendo in adeguata considerazione l'allegato 2 "Rendicontazione e schema di bilancio".

Il Fondo si impegna a rendere pubblico e accessibile il bilancio, secondo le modalità ritenute più opportune.

ALLEGATO 1: Schema di Statuto

Il presente schema di Statuto è stato elaborato facendo riferimento, primariamente, ad un Fondo di tipo negoziale con forma associativa ma può essere utilizzato, con qualche funzionale adattamento, da altre tipologie di fondi che scelgano differenti forme giuridiche.

Il documento sintetizza i principi già contenuti nelle LL.GG. e rappresenta un modello che può essere seguito in tutto o in parte nel rispetto dell'autonomia statutaria del singolo soggetto.

Statuto del Fondo di assistenza sanitaria integrativa XXXYYY

PARTE I – IDENTIFICAZIONE E SCOPO DEL FONDO

Art. 1 - Denominazione, fonte istitutiva, durata, sede

1. E' costituito, in conformità all'art. 51, comma 2, lett. a) del DPR n. 917/1986*, il "Fondo di assistenza sanitaria integrativa.....", in forma abbreviata "Fondo" e di seguito denominato "Fondo", in attuazione dell'accordo/contratto stipulato in data trae.... (di seguito denominato "fonte istitutiva").

2. Il Fondo ha durata illimitata, fatte salve le ipotesi di scioglimento di cui al successivo art. 31 ovvero diverse previsioni delle fonti istitutive.

3. Il Fondo ha sede in(indicare il Comune)

* Per i fondi "doc" inserire il relativo riferimento normativo: "ai sensi dell'articolo 9 del D.lgs. 502/92" nonché la dicitura "Fondo integrativo del Sistema Sanitario Nazionale".

Art. 2 – Forma giuridica

Il Fondo ha la forma giuridica di associazione riconosciuta ai sensi degli artt. 14 e ss*. del Codice Civile.

* Ovvero associazione non riconosciuta ai sensi degli artt. 36 e ss.

Per le Società di Mutuo Soccorso inserire il riferimento alla legge 3818/1886 s.m.i.

Art. 3 – Scopo

1. Il Fondo non ha finalità di lucro, si ispira ai principi solidaristici e mutualistici ed ha come scopo esclusivo l'erogazione, in favore dei soggetti individuati ai successivi artt. 4 e 5, di interventi e prestazioni sanitari e socio-sanitari nei limiti di quanto previsto dalle fonti istitutive, dal successivo art. 6 e dal Piano sanitario.

2*. Il Fondo rientra tra i soggetti aventi esclusivamente fine assistenziale disciplinati dall'art. 51, comma 2, lett. a) del Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 ("Tuir") e, al fine di garantire la deducibilità fiscale dei contributi di assistenza sanitaria versati dai datori di lavoro aderenti al Fondo, assume l'obbligo statutario di rispettare le disposizioni di cui al combinato disposto dell'art. 1, comma 3, del Decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 avente ad oggetto "Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali" ("Decreto Turco") - comma come modificato dall'art. 1 del Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2009 riguardante "Fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale" ("Decreto Sacconi") - e dell'art. 2, comma 2, lett. d) del Decreto Sacconi.

* Il punto è da ritenersi eventuale, qualora il Fondo decida di vincolarsi statutariamente al rispetto della quota del 20% delle prestazioni vincolate.

PARTE II – OGGETTO DELLA TUTELA E DESTINATARI

Art. 4 – Associati (Soci, iscritti)

1. Possono associarsi al Fondo:*

- i lavoratori delle aziende che applichino il contratto titolari di un rapporto a tempo indeterminato, determinato**...
- i datori di lavoro ***che applichino il contratto....

2. i lavoratori [che abbiano assolto l'obbligo contributivo per almeno...] possono rimanere associati qualora cessino l'attività lavorativa con diritto al trattamento pensionistico e decidano di continuare a contribuire volontariamente secondo quanto previsto dalle fonti istitutive.

3. Se previsto, possono associarsi al Fondo le parti firmatarie dell'accordo istitutivo.

* In caso di associazione automatica "Sono associati al Fondo"

** Sarebbe opportuno estendere a tutte le categorie possibili. L'elenco dei potenziali associati è individuato dalle fonti istitutive.

*** L'associazione dei datori di lavoro consente al Fondo di avviare le procedure di riscossione coattiva dei contributi omessi, facendo valere il rapporto associativo. Opzione non operante laddove gli associati siano solo le Parti istitutive.

Art. 5 – Beneficiari

1. Sono beneficiari delle prestazioni del Fondo:

- i lavoratori associati
- i pensionati associati

- i familiari (a carico/non a carico) degli associati così come individuati nel Regolamento e in conformità di quanto previsto nelle fonti istitutive

Art. 6 – Prestazioni

1. Il Fondo eroga prestazioni integrative rispetto a quelle comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, definiti dal Piano nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi e secondo i limiti e le previsioni dell'art. 9 del D.Lgs. 502 del 30 dicembre 1992 e dei successivi decreti attuativi.

2. Le prestazioni di assistenza sanitaria possono essere suddivise in:

- integrative o aggiuntive extra LEA (in particolare quindi prestazioni socio sanitarie, odontoiatria e cure non convenzionali e in futuro tutto quanto sarà escluso dai LEA);
- integrative e complementari (intendendosi convenzionalmente attività libero professionale intramoenia e compartecipazioni alla spesa quali ticket e differenza retta per maggior comfort alberghiero);
- sostitutive o duplicative (intendendosi tutte le prestazioni erogate o erogabili dal SSN ma che a causa dei lunghi tempi di attesa potrebbero essere scarsamente accessibili e che vengono, quindi, effettuate dai cittadini nel circuito sanitario privato, anche per maggiore libertà di scelta riguardo il professionista e la struttura; riguardano prevalentemente visite mediche specialistiche e diagnostica).

3. Le prestazioni del Fondo sono erogate secondo due modalità:

in denaro, erogate sotto forma di rimborso;

in natura, erogate attraverso assistenza sanitaria diretta fornite dagli enti sanitari convenzionati con il Fondo sanitario).

4. L'insieme delle prestazioni, unitamente agli interventi/servizi diretti e indiretti che il Fondo offre agli iscritti sono contenuti nel Piano sanitario, deliberato dal CDA in accordo o previa proposta delle fonti istitutive.

5. L'accesso alle prestazioni è regolato da un apposito documento, denominato(nomenclatore/piano tariffario)

6. Il Fondo provvede all'erogazione delle prestazioni a favore dei destinatari la cui posizione sia in regola con i versamenti secondo i limiti, le condizioni e le modalità stabilite dal Regolamento.

7. L'accesso alle prestazioni avviene, nel rispetto dei principi di tempestività e efficienza, tramite istanza del lavoratore iscritto e secondo le modalità stabilite dal Regolamento e/o nomenclatore.

9. I limiti e le modalità di erogazione e i livelli di servizio delle prestazioni sono contenute nel Piano sanitario e/o nel nomenclatore delle prestazioni e sono messe a conoscenza degli iscritti, anche attraverso l'area riservata del sito.

Art. 7 - Entrate e spese

1. Costituiscono entrate del Fondo:

- la contribuzione versata secondo le previsioni delle fonti istitutive e del Regolamento
- gli eventuali interessi di mora dei contributi dovuti
- eventuali rendimenti delle attività finanziarie intraprese dal Fondo sanitario sul patrimonio
- (ogni altro provento o liberalità versata da enti o privati)

2. Le spese del Fondo sono preventivate su base periodica dal CDA e nell'ambito del bilancio preventivo e vengono sostenute con i contributi correnti e in caso di incapienza con il patrimonio, nel rispetto dei principi di gestione prudentiale dello stesso.

Art. 8 - Contribuzione

1. La contribuzione è dovuta per gli associati e per gli altri beneficiari delle prestazioni del Fondo ed è stabilita dalla fonte istitutiva (riferimento) o dal Regolamento del Fondo, i quali ne disciplinano anche la modalità e i criteri di versamento.

2. La contribuzione non può essere sospesa se non in caso di perdita dei requisiti di partecipazione. Il mancato versamento della contribuzione potrà generare il venir meno o la diminuzione delle prestazioni previste dal Piano sanitario/nomenclatore, secondo quanto previsto dal Regolamento e dai suoi allegati.

3. Il Fondo inserisce in Regolamento o in apposito documento, deliberato dalle fonti istitutive o dal CDA, la procedura da seguire in caso di ritardo o omissione e si attiva a intraprendere le eventuali procedure informative o di riscossione previste. In tal caso, i soggetti tenuti alla contribuzione saranno tenuti a reintegrare le somme omesse dell'aderente secondo modalità operative definite con apposita regolamentazione.

Art. 9 - Il Patrimonio

1. Il patrimonio del Fondo è costituito da tutte le entrate o beni entrati nella disponibilità del Fondo e non utilizzati per il pagamento diretto o indiretto delle prestazioni.

2. I singoli soci non hanno alcun diritto sul patrimonio del Fondo sia durante la vita dello stesso che in caso di scioglimento del rapporto o dello stesso Fondo.

3. È fatto espresso divieto di distribuire utili o riserve*, salvo che la destinazione sia imposta dalla legge.

4. Si possono ricevere donazioni o altre forme di liberalità che vanno ad incrementare il patrimonio).

* Il divieto è una delle clausole da rispettare al fine di poter qualificare quale non commerciale l'attività svolta dal Fondo nei confronti degli iscritti, associati o partecipanti verso pagamento di corrispettivi specifici (cfr. art. 148, commi 3 e 8, Tuir).

PARTE III – PROFILI ORGANIZZATIVI

a) Organizzazione del Fondo

Art. 10 – Organi del Fondo

1. Sono organi del Fondo:
 - l'Assemblea (dei Delegati);
 - il Consiglio di amministrazione;
 - il Collegio sindacale (o Collegio dei revisori).

Art. 11 – Assemblea dei Delegati – Criteri di costituzione e composizione

1. L'Assemblea è formata da componenti, di seguito denominati "Delegati", dei quali ... in rappresentanza dei lavoratori/soci, in rappresentanza delle imprese (qualora sia prevista l'associazione delle imprese/committenti), eletti sulla base del Regolamento elettorale che costituisce parte integrante delle fonti istitutive (ovvero, in alternativa: del presente Statuto).
2. I Delegati restano in carica anni e sono rieleggibili.
3. Qualora uno dei Delegati nel corso del mandato cessi dall'incarico per qualsiasi motivo si procede alla sua sostituzione secondo le norme al riguardo stabilite dal Regolamento elettorale. Il Delegato subentrante ai sensi del presente articolo cessa dalla carica contestualmente ai Delegati in carica all'atto della sua elezione.

Art. 11 – Assemblea dei Soci (alternativa)

1. L'Assemblea è formata dagli associati da almeno tre mesi ...

Art. 12 – Assemblea dei Delegati – Attribuzioni

1. L'Assemblea si riunisce in seduta ordinaria o straordinaria.
2. L'Assemblea in seduta ordinaria:
delibera in merito all'attribuzione della funzione di controllo contabile a soggetti esterni - revisore contabile o Società di revisione iscritti nel registro istituito presso il Ministero della giustizia - nonché l'esercizio dell'azione di responsabilità nei loro confronti.
3. L'Assemblea in seduta straordinaria: (indicare le competenze rimesse all'organo assembleare sulla base delle disposizioni di cui agli artt. 21 e ss. del Codice Civile)

Art. 13 – Assemblea dei Delegati – Modalità di funzionamento e deliberazioni

1. L'Assemblea è convocata dal Presidente del Consiglio di amministrazione

2. L'Assemblea in seduta ordinaria è convocata almeno una volta all'anno, entro 4 mesi dalla chiusura dell'esercizio, per l'approvazione del bilancio.
3. L'Assemblea deve essere altresì convocata quando ne è fatta richiesta motivata, con tassativa indicazione degli argomenti da trattare, da almeno un decimo dei Delegati, ovvero da ... componenti il Consiglio di amministrazione.
4. L'Assemblea ordinaria è validamente costituita.... e delibera.....
5. L'Assemblea straordinaria è validamente costituita con la presenza di ... (almeno i tre quarti dei Delegati) e delibera a maggioranza dei presenti. Per la delibera di scioglimento del Fondo l'Assemblea delibera con il voto favorevole di ... (almeno tre quarti dei Delegati).
6. Ogni Delegato ha diritto ad un voto. Ogni Delegato può, mediante delega scritta, farsi rappresentare in Assemblea da altro Delegato della componente di appartenenza. La delega di rappresentanza può essere conferita soltanto per assemblee singole, con effetto anche per gli eventuali aggiornamenti, non può essere rilasciata con il nome del rappresentante in bianco. Per ciascun Delegato le deleghe non possono superare il numero di due (fino a 5). È ammesso il voto mediante mezzi di telecomunicazione ovvero l'espressione del voto per corrispondenza o in via elettronica, purché sia possibile verificare l'identità dell'associato che partecipa e vota.
7. Il verbale di riunione dell'Assemblea ordinaria è redatto da ed è sottoscritto.....
8. Il verbale di riunione dell'Assemblea straordinaria è redatto da un notaio (in caso di costituzione per atto pubblico).

Art. 14 - Assemblea referendaria (eventuale)

1. Indicazione degli aventi diritto al voto (associati da almeno 3 mesi) e degli argomenti di competenza dell'assemblea referendaria
2. Modalità di indizione della votazione con definizione dell'ordine del giorno
3. Svolgimento della votazione

Art. 15 – Consiglio di amministrazione – Criteri di costituzione e composizione

1. Il Fondo è amministrato da un Consiglio di amministrazione costituito da ... componenti di cui metà eletti dall'Assemblea in rappresentanza dei lavoratori/soci e metà eletti (ovvero in alternativa: nominati) in rappresentanza dei datori di lavoro associati.
2. L'elezione del Consiglio di Amministrazione avviene con le seguenti modalità:
3. Tutti i membri del Consiglio devono possedere i seguenti requisiti:
 - onorabilità;
 - professionalità;
 - assenza delle cause di ineleggibilità e di decadenza indicate dall'art. 2382 del Codice Civile.
4. La perdita dei requisiti di onorabilità o il sopravvenire di cause di ineleggibilità o decadenza, comportano la decadenza dal Consiglio di amministrazione.

5. Gli Amministratori durano in carica per massimo tre esercizi, scadono alla data dell'Assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo all'ultimo esercizio della loro carica, e possono essere eletti per non più di ... mandati consecutivi.

Art. 16 - Cessazione e decadenza degli Amministratori

1. Qualora nel corso del mandato uno o più Amministratori dovessero cessare dall'incarico per qualsiasi motivo,(è escluso il sistema della cooptazione)
2. Gli Amministratori nominati ai sensi del presente articolo decadono insieme con quelli in carica all'atto della loro nomina.
3. Se per effetto dei subentri di cui ai precedenti commi risulta sostituita oltre la metà dei componenti l'originario Consiglio, gli Amministratori in carica devono senza indugio convocare l'Assemblea affinché provveda a nuove elezioni.
4. Qualora venissero a cessare tutti gli Amministratori, deve essere convocata d'urgenza l'Assemblea da parte del Collegio dei Sindaci, il quale può compiere nel frattempo tutti gli atti di ordinaria amministrazione.
5. Gli Amministratori che non intervengano senza giustificato motivo a riunioni consecutive del Consiglio decadono dall'incarico. In tal caso si procede alla loro sostituzione ai sensi del comma 1 del presente articolo.

Art. 16- Consiglio di amministrazione – Attribuzioni

1. Al Consiglio di amministrazione sono attribuiti tutti poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione per l'attuazione di quanto previsto dal presente Statuto, esso ha facoltà di compiere tutti gli atti necessari e opportuni al conseguimento dello scopo del Fondo che non siano attribuiti all'Assemblea.
2. In particolare, il Consiglio di amministrazione:
(indicare le competenze e le prerogative necessarie alla realizzazione dell'attività di amministrazione del Fondo con particolare riguardo alle valutazioni strategiche inerenti la copertura sanitaria, alla valutazione del fabbisogno assistenziale dei beneficiari attuali e potenziali, alla definizione del Piano sanitario, alle scelte relative alle modalità di gestione, alla individuazione delle linee di indirizzo della gestione delle eventuali risorse accumulate ed alla relativa politica di investimento , alle competenze di carattere contabile e di rendicontazione, alla tenuta dei rapporti con l'anagrafe del Ministero della Salute e con l'anagrafe tributaria, alle competenze relative all'adeguamento della normativa statutaria in caso di sopravvenute disposizioni normative, alla valutazione della sostenibilità del Piano sanitario nel medio e nel lungo termine, alla nomina eventuale di un Direttore generale, dell'esperto medico sanitario, dell'esperto tecnico attuariale, alla selezione, al controllo ed alla tenuta dei rapporti con gli outsourcers)

Art. 17 – Consiglio di amministrazione - Modalità di funzionamento e responsabilità

1. Le convocazioni sono effettuate dal Presidente Indicare le modalità di convocazione, l'eventuale convocazione su richiesta di una minoranza dei consiglieri, i tempi di convocazione, la convocazione in caso di urgenza
2. Il Consiglio si riunisce almeno ...
3. Il Consiglio di amministrazione è validamente costituito
4. Delle riunioni del Consiglio di amministrazione è redatto, su apposito libro, il relativo verbale
Le riunioni del Consiglio di Amministrazione si possono svolgere anche per tele-conferenza o video-conferenza a condizione che tutti i partecipanti possano essere identificati, sia loro consentito seguire la discussione ed intervenire in tempo reale alla trattazione degli argomenti affrontati; verificandosi tali requisiti il Consiglio di Amministrazione si considera tenuto nel luogo in cui si trovano il Presidente ed il Segretario della riunione. Le deliberazioni del Consiglio di Amministrazione sono prese a maggioranza dei presenti (e sono valide se adottate con la presenza di almeno la metà più uno dei componenti). In caso di parità prevale la parte che comprende il voto del Presidente.
5. Il Consiglio di amministrazione può costituire al proprio interno, con propria delibera, una o più commissioni, cui assegnare specifici compiti istruttori, di proposta o monitoraggio di determinare attività del Fondo.
6. Gli Amministratori devono adempiere i doveri ad essi imposti dalla legge e dal presente Statuto con la diligenza richiesta dalla natura dell'incarico e dalle loro specifiche competenze e sono solidalmente responsabili verso il Fondo per i danni derivanti dalla inosservanza di tali doveri, a meno che si tratti di funzioni in concreto attribuite ad uno o più Amministratori.
7. Nei confronti degli Amministratori si applicano le disposizioni di cui agli artt. 2391, 1° comma, 2392, 2393, 2393-bis, 2394, 2394-bis, 2395 e 2629 bis del Codice Civile.

Art. 18 - Presidente e Vice Presidente

1. Il Presidente e il Vice Presidente del Fondo sono eletti dal Consiglio di Amministrazione, rispettivamente e a turno, tra i propri componenti rappresentanti le imprese e quelli rappresentanti i lavoratori.
2. Il Presidente ha la legale rappresentanza del Fondo e sta per essa in giudizio.
Il Presidente e il Vice Presidente durano in carica come gli altri componenti il Consiglio. Qualora, nel corso del triennio, il Presidente o il Vice Presidente venga a mancare, il nuovo nominato dura in carica fino alla scadenza del triennio. Il Vice Presidente coadiuva il Presidente nell'espletamento delle sue funzioni e lo sostituisce in caso di assenza o impedimento o per espressa delega.
3. Il Presidente del Fondo:
(indicare le competenze)

4. In caso di assenza o impedimento del Presidente i relativi poteri e funzioni sono esercitati dal Vice Presidente.

Art. 18 – bis Direttore (eventuale)

1. Il Direttore del Fondo è nominato dal Consiglio di Amministrazione. Nei suoi confronti si applicano le disposizioni di cui all'art. 2396 Codice Civile.
2. Il Direttore svolge le seguenti attività:

Art. 19 – Collegio dei Sindaci - Criteri di costituzione

1. Il Collegio dei Sindaci è costituito da ... componenti effettivi e ... supplenti eletti dall'Assemblea di cui la metà eletta in rappresentanza dei lavoratori e la metà eletta in rappresentanza dei datori di lavoro associati.
2. L'elezione del Collegio dei Sindaci avviene con le seguenti modalità:....
3. Tutti i componenti del Collegio dei Sindaci devono possedere i seguenti requisiti:
 - onorabilità:
 - professionalità:
 - assenza delle cause di ineleggibilità e di decadenza di cui all'art. 2399 del Codice Civile.
4. La perdita dei predetti requisiti comportano la decadenza dall'incarico.
5. I componenti del Collegio dei Sindaci durano in carica per massimo tre esercizi e scadono alla data dell'Assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo al terzo esercizio della carica. Possono essere riconfermati per non più di ...mandati consecutivi.
6. Il Sindaco che cessa dalla carica per qualsiasi motivo è sostituito per il periodo residuo dal supplente designato nell'ambito della relativa componente.
7. La cessazione dei Sindaci per scadenza del termine ha effetto dal momento in cui il Collegio è stato ricostituito.
8. Il Collegio nomina nel proprio ambito il Presidente.

Art. 20 – Collegio dei Sindaci – Attribuzioni

1. Il Collegio dei Sindaci controlla l'amministrazione del Fondo, vigila sull'osservanza della legge e dello Statuto, sul rispetto dei principi di corretta amministrazione e in particolare sull'adeguatezza dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile adottato dal Fondo e sul suo concreto funzionamento.
2. Al Collegio dei Sindaci è attribuita, la funzione di controllo contabile.... (se non attribuita a soggetto esterno).

Art. 21 – Collegio dei Sindaci - Modalità di funzionamento e responsabilità

1. Il Collegio si riunisce almeno

2. Le convocazioni sono fatte
3. Il Collegio redige il verbale di ciascuna riunione. Le riunioni del Collegio dei Sindaci sono valide con la presenza della maggioranza dei Sindaci e le relative deliberazioni sono assunte a maggioranza dei presenti.
4. I Sindaci che non assistono senza giustificato motivo, durante un esercizio sociale, a due riunioni del Collegio, decadono.
5. I componenti effettivi del Collegio devono assistere alle riunioni del Consiglio di amministrazione e dell'Assemblea e sono convocati con le stesse modalità. I Sindaci che non assistono senza giustificato motivo a due Assemblee consecutive o, durante un esercizio sociale, a due riunioni consecutive del Consiglio di amministrazione, decadono.
6. I Sindaci devono adempiere i loro doveri con la professionalità e la diligenza richieste dalla natura dell'incarico; sono responsabili della verità delle loro attestazioni e devono conservare il segreto sui fatti e sui documenti di cui hanno conoscenza per ragione del loro ufficio.
7. Essi sono responsabili in solido con gli Amministratori per i fatti o le omissioni di questi che abbiano causato un danno al Fondo, quando il danno non si sarebbe prodotto qualora avessero vigilato in conformità agli obblighi della loro carica.
8. L'azione di responsabilità nei confronti dei Sindaci è disciplinata dall'art. 2407 del Codice Civile.

b) Gestione sanitaria, amministrativa, contabile e patrimoniale

Art. 22 - Gestione sanitaria

1. Al Consiglio di amministrazione spetta la predisposizione del Piano sanitario, nonché l'attuazione ed il monitoraggio dello stesso.
2. Il Fondo può avvalersi/si avvale dei seguenti soggetti, interni alla struttura del Fondo ovvero all'uopo incaricati:
 - esperto medico sanitario, al quale competono le seguenti funzioni: supporto al Consiglio di amministrazione nella definizione del Piano sanitario; assistenza e verifica nelle valutazioni inerenti all'erogazione delle prestazioni; controllo sulla qualità delle convenzioni; ogni altro aspetto di carattere sanitario;
 - esperto tecnico attuariale, al quale competono le seguenti funzioni: supporto al Consiglio di amministrazione nell'impostazione del Piano sanitario; supporto nelle scelte circa l'impostazione della gestione sanitaria e della eventuale gestionale patrimoniale delle risorse del Fondo; supporto nella eventuale selezione del gestore assicurativo; formulazioni di valutazioni prospettiche circa la sostenibilità del Piano sanitario; ogni altro aspetto di carattere attuariale.

3. Ferma restando la responsabilità del Fondo, lo stesso può avvalersi in tutto o in parte di uno o più gestori assicurativo-sanitari per l'attuazione del Piano sanitario/nomenclatore; tali soggetti sono scelti dal Consiglio di amministrazione sulla base di criteri di affidabilità, esperienza e professionalità, nel rispetto di procedure tali da garantire la trasparenza del procedimento di selezione.

4. Relativamente alle prestazioni assicurative/rimborsuali, il Fondo può stipulare una o più convenzioni con imprese di assicurazione di cui all'art. 2 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 e successive modificazioni e integrazioni e con gli altri soggetti abilitati dalla disciplina vigente tempo per tempo.

Art. 23 – Gestione amministrativa

1. La gestione amministrativa del Fondo consiste nelle seguenti attività:

- a) la tenuta dei rapporti con i beneficiari, le eventuali compagnie e le strutture sanitarie;
- b) la tenuta della contabilità;
- c) la raccolta e gestione delle adesioni;
- d) la verifica delle posizioni contributive individuali degli aderenti;
- e) la gestione delle prestazioni;
- f) la predisposizione della documentazione da inviare alle autorità di controllo;
- g) la predisposizione della modulistica;
- h) gli adempimenti fiscali e civilistici.

2. Le attività inerenti alla gestione amministrativa possono essere affidate, in tutto o in parte, mediante apposita convenzione per la fornitura di servizi amministrativi, a soggetti terzi scelti dal Consiglio di amministrazione sulla base di criteri di affidabilità, esperienza e professionalità, nel rispetto di procedure tali da garantire la trasparenza del procedimento di selezione.

3. Nell'ambito delle convenzioni stipulate per la fornitura dei servizi amministrativi, il Fondo adotta misure finalizzate a tutelare la riservatezza dei dati personali nel rispetto della normativa vigente.

Art. 24 - Gestione contabile

1. Il Consiglio di Amministrazione del Fondo cura la tenuta delle scritture e dei libri contabili.

2. L'esercizio sociale inizia il 1° gennaio e si chiude il 31 dicembre di ogni anno.

3. Entro il 30 aprile di ogni anno il Consiglio di amministrazione approva il bilancio preventivo* e il bilancio consuntivo dell'esercizio precedente, sottoponendo quest'ultimo all'approvazione dell'Assemblea dei Delegati. Il Bilancio è accompagnato dalla relazione generale, dalla relazione del Collegio dei Sindaci e da quella del revisore o della società incaricata del controllo contabile. (Nel caso in cui il controllo contabile sia affidato al Collegio dei Sindaci, lo Statuto potrà prevedere il giudizio di un revisore esterno).

4. Il bilancio, le relazioni degli Amministratori e dei Sindaci e del revisore o della società incaricata del controllo contabile devono restare depositati in copia presso la sede del Fondo durante i quindici giorni che precedono l'Assemblea, affinché gli aderenti possano prenderne visione. (Qualora il controllo contabile sia affidato al Collegio dei Sindaci e lo Statuto preveda il giudizio di un revisore esterno, dovrà essere previsto anche il deposito del suddetto giudizio)

* Da valutare l'opportunità di sottoporre ad approvazione dell'assemblea anche il bilancio preventivo, per quanto non vi siano norme prescrittive che lo impongano.

Art. 25 – Gestione patrimoniale

1. Le risorse finanziarie del Fondo sono affidate in gestione mediante convenzione con soggetti gestori abilitati ai sensi della normativa vigente ovvero investite direttamente
2. I soggetti gestori sono individuati nel rispetto di procedure tali da garantire la trasparenza del procedimento e la coerenza tra obiettivi e modalità gestionali, decisi preventivamente dagli Amministratori, e i criteri di scelta dei gestori.
3. Per la custodia delle risorse, il Fondo si avvale di uno o più istituti bancari selezionati avendo riguardo alla solidità patrimoniale.

Art. 26 - Conflitti di interesse

1. La gestione del Fondo è effettuata nell'interesse degli associati e dei beneficiari. Il Fondo adotta ogni misura ragionevole per identificare e gestire i conflitti di interesse, in modo da evitare che tali conflitti incidano negativamente sugli interessi degli associati o dei beneficiari.

PARTE IV – TRASPARENZA E RAPPORTI CON GLI ISCRITTI

Art. 27 – Modalità di adesione

1. Salvo diverse previsioni delle fonti istitutive, l'associazione al Fondo avviene mediante presentazione di apposito modulo di adesione, sottoscritto e compilato in ogni sua parte. L'adesione dei lavoratori che hanno manifestato la volontà di associarsi al Fondo deve essere preceduta dalla consegna dello Statuto e della documentazione informativa prevista dalla normativa vigente.
2. All'atto dell'adesione il Fondo verifica la sussistenza dei requisiti di partecipazione.
3. L'aderente è responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite al Fondo.
4. La domanda di adesione è presentata dal lavoratore direttamente o per il tramite del proprio datore di lavoro che la sottoscrive e, secondo le norme del presente Statuto e della fonte istitutiva, impegna entrambi nei confronti del Fondo; la stessa contiene la delega al datore di lavoro per la

trattenuta della contribuzione a carico del lavoratore (come eventuale, per i Fondi con contribuzione bilaterale).

Art. 28 – Trasparenza nei confronti degli aderenti

1. Il Fondo mette a disposizione degli aderenti, anche attraverso rinvio al sito internet: lo Statuto del Fondo, il Regolamento laddove presente, il Piano sanitario e/o il nomenclatore delle prestazioni il bilancio e la eventuale relazione della società di revisione la modulistica e tutte le altre informazioni utili all'aderente per l'esercizio dei propri diritti. Gli stessi documenti sono disponibili sul sito internet del Fondo. Su richiesta, il materiale viene inviato agli interessati.

Art. 29 – Comunicazioni e reclami

1. Il Fondo definisce le modalità attraverso le quali gli aderenti possono interloquire per rappresentare le proprie esigenze e presentare reclami. Tali modalità sono portate a conoscenza degli aderenti sul proprio sito internet.

2. Il Fondo si impegna a trattare i reclami nel rispetto dei principi di diligenza e professionalità.

PARTE V – NORME FINALI

Art. 30 – Modifiche dello Statuto

1. Le modifiche dello Statuto sono deliberate dall'Assemblea straordinaria del Fondo, con il voto favorevole deldegli aventi diritto*.

2. Il Consiglio provvede ad apportare allo Statuto le modifiche che si rendano necessarie a seguito della sopravvenienza di disposizioni normative o della fonte istitutiva.

3. Le modifiche di cui al comma precedente sono portate a conoscenza dell'Assemblea dei Delegati alla prima riunione utile.

* Se l'associazione è riconosciuta nel determinare la maggioranza necessaria per la delibera di modifica dello Statuto si tenga presente di quanto previsto all'art. 21, comma 2, del Codice Civile.

Art. 31 – Scioglimento del Fondo

1. Oltre che per le cause derivanti da eventuali disposizioni di legge, il Fondo si scioglie per deliberazione dell'Assemblea straordinaria in caso di sopravvenienza di situazioni o di eventi che rendano impossibile lo scopo ovvero il funzionamento del Fondo ovvero su richiesta delle Parti istitutive.

2. Lo scioglimento del Fondo è deliberato con il voto favorevole del degli aventi diritto*.

3. In caso di scioglimento del Fondo, l'eventuale quota di patrimonio che residui dalle operazioni di liquidazione è devoluta ad enti o associazioni che perseguono finalità analoghe a quelle stabilite dall'art. 3 del presente Statuto.

* Se l'associazione è riconosciuta nel determinare la maggioranza necessaria per la delibera di Scioglimento si tenga presente di quanto previsto all'art. 21, comma 3, del Codice Civile.

*Art. 32 – Rinvio e clausola compromissoria**

1. Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente Statuto e nel Regolamento si fa riferimento alla normativa vigente.

2. Lo Statuto e il Regolamento saranno tempestivamente adeguati alle eventuali disposizioni di legge che disciplinino l'assistenza sanitaria integrativa ovvero ai formali accordi intervenuti tra le fonti istitutive.

3. Esperita la preventiva procedura di mediazione di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28 e successive modifiche e integrazioni, per qualsiasi controversia è competente il foro di

* La “clausola compromissoria” può essere contenuta in una disposizione *ad hoc*.

ALLEGATO 2: Rendicontazione e schema di bilancio

a. La rendicontazione

In assenza di prescrizioni normative – fatta eccezione per le SMS – i bilanci degli enti della sanità integrativa sono caratterizzati da elevata eterogeneità. Si reputa opportuna la ricerca di uno schema di bilancio tipo, da adattare alle singole realtà. In tal senso, appare corretto fare riferimento all'applicazione del Codice Civile, con i dovuti adattamenti, atteso che, ad esempio, il risultato finale sarà un avanzo o disavanzo e non un utile o perdita di esercizio.

Quanto alla struttura del bilancio, esso sarà composto da Stato Patrimoniale, Rendiconto economico, Nota integrativa (cfr. bozze di Schema allegato) e sarà corredato da una Relazione sulla gestione. Inoltre vi potranno essere la relazione dell'organo di controllo e l'eventuale relazione del revisore esterno. Documenti aggiuntivi, funzionali alla conferma dell'iscrizione all'Anagrafe, saranno il Rendiconto consuntivo e preventivo.

Quanto allo stato patrimoniale e rendiconto economico, in particolare, è possibile elaborare uno schema dettagliato che contempra le seguenti distinzioni, semplificabili in uno schema base, ove il Fondo non abbia necessità di valorizzare alcune delle caratteristiche indicate:

A. Sezione relativa alla gestione sanitaria

- Attivi-pensionati-familiari;
- Diversi tipi di iscritti (es. per azienda/contratto) eventualmente illustrati nella Nota integrativa o nella Relazione sulla gestione;
- Tipo di prestazione:
 - o Vincolate/non vincolate;
 - o Rimborso/accumulazione (es. per LTC in gestione diretta);
 - o Diretta/convenzionata.

B. Sezione Gestione amministrativa

C. Sezione Gestione finanziaria

Quanto all'imputazione dei fatti di gestione, tra cassa e competenza, è quest'ultimo il criterio preferibile, avendo l'accortezza di contabilizzare correttamente i debiti per prestazioni da erogare ed i crediti per contributi da incassare, in relazione alle specifiche regole statutarie o regolamentari del Fondo che individuano il momento in cui sorge il diritto a ottenere la copertura per l'aderente o l'impresa contribuente.

Altrettanto importanti sono i criteri di valutazione degli attivi – per i quali si reputa corretto applicare i criteri del Codice Civile, fatti salvi i dovuti adattamenti per le prestazioni ad accumulo in erogazione diretta (es. LTC) – e i passivi in relazione ai rischi e oneri per prestazioni da erogare.

In mancanza di procedure uniformi di approvazione del bilancio, è possibile individuare i seguenti passaggi:

Oggetto	Organo	Data*
Approvazione bozza di bilancio	Organo amministrativo	marzo-aprile
Relazione organo di controllo	Organo di controllo	marzo-aprile
Relazione revisore esterno**	Revisore esterno	marzo-aprile
Deposito presso la sede, a disposizione dei componenti dell'assemblea	Organo amministrativo	marzo-aprile. 15 giorni prima dell'assemblea
Approvazione in assemblea	Organo di indirizzo	30 aprile (prima convocazione) (si ricorda comunque che l'approvazione dovrà precedere il termine per il rinnovo dell'iscrizione all'Anagrafe)
Pubblicazione***	Organo amministrativo	

* I termini indicati per i vari passaggi non sono prescrittivi, al netto di eventuali indicazioni statutarie. Resta fermo il termine per il rinnovo dell'iscrizione all'Anagrafe, che rappresenta indirettamente un termine ultimo per l'approvazione del bilancio.

** Eventuale, secondo previsioni statutarie.

*** Eventuale, secondo previsioni statutarie. Si tenga conto che la legge di delega per la riforma del terzo settore (L. 106/2016) richiede anche alle associazioni private di pubblicare il bilancio sul sito web dell'ente. Tale adempimento verosimilmente sarà richiesto anche agli enti della sanità integrativa.

b. Schema di bilancio

FONDO SANITARIO XXXYYY BILANCIO al 31 DICEMBRE 20XY
--

<u>STATO PATRIMONIALE</u>

ATTIVO		
	ANNO X+1	ANNO X
A) CREDITI PER VERSAMENTO QUOTE ASSOCIATIVE (<i>diverse dai contributi che danno luogo alle prestazioni sanitarie</i>) TOTALE CREDITI PER VERSAMENTO QUOTE ASSOCIATIVE (A)		
B) IMMOBILIZZAZIONI ⁽²⁾ I. Immateriali ⁽³⁾ II. Materiali ⁽⁴⁾ III. Finanziarie ⁽⁵⁾ TOTALE IMMOBILIZZAZIONI (B)		
C) ATTIVO CIRCOLANTE I. Rimanenze ⁽⁶⁾ II. Crediti <i>i) Crediti per versamento quote e contributi verso datori di lavoro ⁽⁷⁾</i>		

²⁾ Sono compresi tra le immobilizzazioni quegli elementi patrimoniali destinati ad essere utilizzati durevolmente.

³⁾ Potrebbero rientrare tra le immobilizzazioni immateriali, ad esempio, l'infrastruttura software, oppure i costi sostenuti per lavori eseguiti su beni di terzi, quali i lavori di ristrutturazione su immobili detenuti in locazione.

⁴⁾ Tra le immobilizzazioni materiali potrebbero rientrare la sede, ove di proprietà, oppure l'infrastruttura hardware.

⁵⁾ Tra le immobilizzazioni finanziarie potranno rientrare i titoli, le attività e gli strumenti finanziari detenuti a scopo di investimento durevole, ad esempio a fronte dei rischi LTC o di senescenza, oppure partecipazioni in società strumentali.

⁶⁾ Nella voce "Rimanenze" potrebbero rientrare i materiali di consumo utilizzati dal Fondo sanitario (ad esempio, scorte di cancelleria, toner, etc.).

⁷⁾ L'iscrivibilità di crediti per versamento di quote e contributi nei confronti dei datori di lavoro dipenderà dalla effettiva sussistenza e azionabilità degli stessi da parte del Fondo sanitario: ciò deve essere verificato caso per caso sulla base delle fonti istitutive, costitutive e regolamentari che disciplinano il Fondo stesso e il rapporto con i datori di lavoro.

ii) <i>Crediti per versamento quote e contributi verso lavoratori / pensionati iscritti</i> ⁽⁸⁾ iii) <i>Crediti verso altri</i>		
III. Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni ⁽⁹⁾		
i) <i>Azioni</i> ii) <i>OICR</i> iii) <i>Obbligazioni e titoli di debito</i>		
IV. Disponibilità liquide		
i) <i>Depositi bancari - postali</i> ii) <i>Cassa</i>		
TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE (C)		
D) RATEI E RISCONTI ATTIVI ⁽¹⁰⁾		
TOTALE RATEI E RISCONTI (D)		
TOTALE ATTIVO		

⁸⁾ L'iscrivibilità di crediti per versamento di quote e contributi nei confronti dei lavoratori dipenderà dalla effettiva sussistenza e azionabilità degli stessi da parte del Fondo sanitario: ciò deve essere verificato caso per caso sulla base delle fonti istitutive, costitutive e regolamentari che disciplinano il Fondo stesso e il rapporto con i lavoratori.

⁹⁾ Tra le attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni potranno iscriversi quei titoli e strumenti finanziari detenuti, ad esempio, per l'impiego della liquidità o per la gestione di tesoreria.

¹⁰⁾ Nella voce "Ratei e risconti attivi" devono essere iscritti i proventi di competenza dell'esercizio esigibili in esercizi successivi e i costi sostenuti entro la chiusura dell'esercizio ma di competenza di esercizi successivi.

PASSIVO		
	ANNO X+1	ANNO X
A) PATRIMONIO NETTO <i>1) Patrimonio libero derivante da quote associative (diverse dai contributi che danno luogo alle prestazioni sanitarie)</i> <i>2) Riserva di senescenza ⁽¹¹⁾</i> <i>3) Riserva di stabilizzazione contributi e prestazioni ⁽¹²⁾</i> <i>4) Avanzo (Disavanzo) della gestione esercizio in corso</i> <i>5) Avanzo (Disavanzo) della gestione da esercizi precedenti</i> TOTALE PATRIMONIO NETTO (A)		
B) FONDI PER RISCHI E ONERI ⁽¹³⁾ <i>1) Fondo rischi per Spese sanitarie da rimborsare, non ancora presentate a rimborso ⁽¹⁴⁾</i> <ul style="list-style-type: none"> <i>i) Fondo rischi per Spese vincolate</i> <i>ii) Fondo rischi per Spese non vincolate</i> <i>2) Fondo Svalutazione Titoli</i> <i>3) Fondo Rischi su Cambi</i> <i>4) Fondo Rischi su Crediti</i> TOTALE FONDI PER RISCHI E ONERI (B)		
C) RISERVE MATEMATICHE LTC ⁽¹⁵⁾ TOTALE RISERVE MATEMATICHE (C)		

¹¹⁾ Si tratta di accantonamenti di risorse effettuati per tenere conto dell'aggravamento del rischio sul Fondo sanitario per effetto del crescere dell'età e dell'invecchiamento dei partecipanti aderenti al Fondo.

¹²⁾ Si tratta di accantonamenti effettuati per consentire al Fondo sanitario di integrare le risorse a disposizione per la copertura di contributi o prestazioni in caso di oscillazioni derivanti da situazioni di insufficienza dei contributi ricevuti o di eccesso di prestazioni richieste a rimborso in un dato anno.

¹³⁾ I fondi per rischi e oneri rappresentano passività di natura determinata, certe o probabili, con data di sopravvenienza o di ammontare indeterminati. Si tratta, quindi, di passività potenziali connesse a situazioni già esistenti alla data di bilancio, ma caratterizzate da uno stato d'incertezza il cui esito dipende dal verificarsi o meno di uno o più eventi in futuro.

¹⁴⁾ La voce relativa ai fondi rischi per spese sanitarie da rimborsare, non ancora presentate a rimborso, sarà presente in quei fondi sanitari in cui il regolamento di funzionamento prevede la possibilità per gli iscritti di richiedere prestazioni a rimborso anche successivamente alla chiusura dell'esercizio: in tal caso, occorrerà dunque effettuare una stima, alla data di chiusura dell'esercizio, di quali e quanti spese potranno essere richieste a rimborso in futuro a valere sui contributi versati nell'esercizio in chiusura. Ovviamente questa voce non sarà presente in quei fondi sanitari operanti integralmente mediante convenzione assicurativa, là dove per effetto della convenzione assicurativa le prestazioni sono erogate direttamente dall'impresa assicurativa e il Fondo può dirsi sostanzialmente esonerato da responsabilità relative al pagamento delle prestazioni di rimborso.

¹⁵⁾ Per i fondi sanitari che promettono prestazioni LTC occorre evidenziare le risorse complessivamente accumulate per far fronte alle prestazioni LTC che matureranno in futuro in favore di beneficiari per i quali nel corso degli esercizi sono stati versati contributi.

D)TRATTAMENTO FINE RAPPORTO		
TOTALE TRATTAMENTO FINE RAPPORTO (D)		
E) DEBITI		
<i>1) Debiti per prestazioni di rimborso spese sanitarie ⁽¹⁶⁾</i>		
<i> i) Debiti per prestazioni di rimborso, da attuarsi mediante rimborso diretto</i>		
<i> a) Debiti per Spese vincolate</i>		
<i> b) Debiti per Spese non vincolate</i>		
<i> ii) Debiti per prestazioni di rimborso, da attuarsi mediante rimborso indiretto per convenzione</i>		
<i> a) Debiti per Spese vincolate</i>		
<i> bi) Debiti per Spese non vincolate</i>		
<i>2) Debiti tributari e previdenziali</i>		
<i>3) Altri debiti</i>		
TOTALE DEBITI (E)		
F) RATEI E RISCONTI PASSIVI ⁽¹⁷⁾		
TOTALE RATEI E RISCONTI (F)		
TOTALE PASSIVO		

¹⁶⁾ Tra i debiti per prestazioni di rimborso di spese sanitarie devono essere inclusi i debiti relativi a spese sanitarie sostenute nell'esercizio e presentate a rimborso entro la fine dell'esercizio o, comunque, entro la data di redazione del bilancio, che al 31 dicembre non sono stati ancora eseguiti. Ovviamente questa voce non sarà presente in quei fondi sanitari operanti integralmente mediante convenzione assicurativa, là dove per effetto della convenzione assicurativa le prestazioni sono erogate direttamente dall'impresa assicurativa e il Fondo può dirsi sostanzialmente esonerato da responsabilità relative al pagamento delle prestazioni di rimborso.

¹⁷⁾ Nella voce "Ratei e risconti passivi" devono essere iscritti i costi di competenza dell'esercizio esigibili in esercizi successivi e i proventi percepiti entro la chiusura dell'esercizio ma di competenza di esercizi successivi.

RENDICONTO DELLA GESTIONE

	ANNO X+1	ANNO X
1) PROVENTI DA ATTIVITA' TIPICHE		
<i>i) Quote e contributi da datori di lavoro</i>		
<i>ii) Quote e contributi da lavoratori / pensionati iscritti</i>		
<i>iii) Altre quote e contributi</i>		
TOTALE PROVENTI DA ATTIVITA' TIPICHE (1)		
2) ONERI ATTIVITA' TIPICHE		
i) Oneri prestazioni "vincolate"		
<i>i-a) Oneri prestazioni "vincolate" rimborsati</i>		
<i>i-b) Oneri prestazioni "vincolate" in corso di rimborso</i>		
<i>i-c) Oneri prestazioni "vincolate" da rimborsare non ancora presentate a rimborso ⁽¹⁸⁾</i>		
<i>i-d) Premi assicurativi per prestazioni vincolate ⁽¹⁹⁾</i>		
ii) Oneri prestazioni "non vincolate"		
<i>ii-a) Oneri prestazioni "non vincolate" rimborsati</i>		
<i>ii-b) Oneri prestazioni "non vincolate" in corso di rimborso</i>		
<i>ii-c) Oneri prestazioni "non vincolate" da rimborsare non ancora presentate a rimborso ⁽²⁰⁾</i>		
<i>ii-d) Premi assicurativi per prestazioni non vincolate ⁽²¹⁾</i>		
iii) Accantonamento/utilizzo riserve matematiche LTC ⁽²²⁾		
iv) Altre spese attività tipiche rimborsate ⁽²³⁾		
v) Accantonamento/utilizzo Fondo rischi su crediti per quote e contributi nei confronti dei datori di lavoro		

¹⁸⁾ Si tratta della variazione intervenuta nell'esercizio (accantonamento e/o utilizzo) alla voce B1-i) del Passivo dello Stato Patrimoniale

¹⁹⁾ Per i fondi sanitari gestiti mediante convenzione assicurativa, là dove per effetto della convenzione assicurativa le prestazioni sono erogate direttamente dall'impresa assicurativa e il Fondo può dirsi sostanzialmente esonerato da responsabilità relative al pagamento delle prestazioni di rimborso, l'indicazione dei premi versati a fronte delle prestazioni vincolate dovrà avvenire secondo le indicazioni dell'impresa assicurativa.

²⁰⁾ Si tratta della variazione intervenuta nell'esercizio (accantonamento e/o utilizzo) alla voce B1-ii) del Passivo dello Stato Patrimoniale

²¹⁾ Per i fondi sanitari gestiti mediante convenzione assicurativa, là dove per effetto della convenzione assicurativa le prestazioni sono erogate direttamente dall'impresa assicurativa e il Fondo può dirsi sostanzialmente esonerato da responsabilità relative al pagamento delle prestazioni di rimborso, l'indicazione dei premi versati a fronte delle prestazioni non vincolate dovrà avvenire secondo le indicazioni dell'impresa assicurativa.

²²⁾ Si tratta della variazione intervenuta nell'esercizio (accantonamento e/o utilizzo) alla voce C) del Passivo dello Stato Patrimoniale

²³⁾ Nella voce "Altre spese attività tipiche rimborsate" potranno rientrare ad esempio i rimborsi relativi alle spese di comfort.

vi) Accantonamento/utilizzo Fondo rischi su crediti per quote e contributi nei confronti dei lavoratori / pensionati iscritti		
TOTALE ONERI ATTIVITA' TIPICHE (2)		
AVANZO (DISAVANZO) ATTIVITA' TIPICHE		
3) ONERI AMMINISTRATIVI E DI GESTIONE		
i) Spese e oneri di lavoro		
<i>i-a) Retribuzioni</i>		
<i>i-b) Accantonamento Tfr</i>		
<i>i-c) Oneri previdenziali</i>		
ii) Spese e oneri per servizi e collaborazioni		
iii) Spese e oneri sistema informativo		
iv) Spese e oneri promozionali e di raccolta quote e contributi		
v) Accantonamenti a Fondo rischi su crediti		
vi) Oneri tributari		
vii) Altri oneri e spese		
TOTALE ONERI AMMINISTRATIVI E DI GESTIONE (3)		
AVANZO (DISAVANZO) GESTIONE ORDINARIA		
4) PROVENTI E ONERI FINANZIARI E PATRIMONIALI		
i) Proventi finanziari e patrimoniali		
<i>i-a) Proventi da depositi bancari</i>		
<i>i-b) Proventi da attività finanziarie</i>		
<i>i-c) Proventi da patrimonio immobiliare</i>		
<i>i-d) Proventi da altri beni patrimoniali</i>		
ii) Oneri e spese finanziari e patrimoniali		
<i>ii-a) Oneri e spese bancari</i>		
<i>ii-b) Oneri e spese finanziari</i>		
<i>ii-c) Oneri e spese patrimonio immobiliare</i>		
<i>ii-d) Oneri e spese altri beni patrimoniali</i>		
<i>ii-e) Accantonamenti a Fondo svalutazione titoli</i>		
<i>ii-f) Accantonamenti a Fondo rischi su cambi</i>		

AVANZO (DISAVANZO) GESTIONE FINANZIARIA E PATRIMONIALE		
5) AVANZO (DISAVANZO) DELLA GESTIONE		
<i>i) Accantonamento a riserva di senescenza</i>		
<i>ii) Accantonamento a riserva di stabilizzazione contributi e prestazioni</i>		
<i>iii) Residuo Avanzo di gestione</i>		

NOTA INTEGRATIVA / RELAZIONE

Contenuto da individuare in base alle caratteristiche dei singoli fondi sanitari. Di seguito alcuni possibili suggerimenti:

- a) maggior dettaglio e analiticità delle voci contabili esposte nei prospetti di stato patrimoniale e di rendiconto della gestione;
- b) illustrazione, in prosa, delle voci contabili esposte nei prospetti di stato patrimoniale e di rendiconto della gestione;
- c) eventuali diverse ripartizioni delle voci contabili esposte nei prospetti di stato patrimoniale e di rendiconto della gestione:
 - i. ripartizione lavoratori / pensionati;
 - ii. ripartizione iscritti / familiari a carico;
 - iii. ripartizione per diverse gestioni / aziende;
 - iv. ripartizione prestazioni rimborso diretto / convenzione diretta;
- d) dare evidenza dei rimborsi effettuati nell'anno e riferiti ad anni precedenti, con distinzione tra prestazioni vincolate e prestazioni non vincolate;
- e) per i fondi sanitari gestiti mediante convenzione assicurativa, dare conto dell'andamento del contratto assicurativo (o dei contratti assicurativi);
- f) descrizione della composizione della platea dei beneficiari e possibile evoluzione.

Indicatori:

- a) relativi alla numerosità degli eventi oggetto di rimborso (ad es.: numero medio di eventi per iscritto; numero di eventi per tipologia di prestazione rimborsata);
- b) relativi agli importi oggetto di rimborso (ad es.: contributo medio per iscritto; importo medio rimborsi per iscritto; importo medio rimborsi per evento; percentuale media di copertura degli eventi richiesti a rimborso).

CRITERI TECNICI

- a) principio di competenza;
- b) criteri di valutazione (costo storico; presumibile realizzo; probabilità di accadimento).

RENDICONTO FINANZIARIO

Il rendiconto finanziario è il prospetto contabile che presenta le cause di variazione, positive o negative, delle disponibilità liquide avvenute in un determinato esercizio.

La grandezza di riferimento è costituita dai flussi finanziari, i quali rappresentano un aumento o una diminuzione dell'ammontare delle disponibilità liquide.

	ANNO X+1	ANNO X
A. Flussi finanziari derivanti dalla gestione ordinaria (metodo diretto)		
Incassi quote e contributi da datori di lavoro		
Incassi quote e contributi da lavoratori / pensionati iscritti		
Altri incassi		
(Pagamento rimborsi prestazioni vincolate)		
(Pagamento rimborsi prestazioni non vincolate)		
(Pagamento premi assicurativi per prestazioni vincolate)		
(Pagamento premi assicurativi per prestazioni non vincolate)		
(Pagamenti a fornitori per acquisti)		
(Pagamenti a fornitori per servizi)		
(Pagamenti al personale)		
(Altri pagamenti)		
(Pagamenti per oneri tributari)		
Flusso finanziario dalla gestione ordinaria (A)		

B. Flussi finanziari derivanti dall'attività di gestione patrimoniale		
<i>Immobilizzazioni immateriali</i>		
(Investimenti)		
Prezzo di realizzo disinvestimenti		
<i>Immobilizzazioni materiali</i>		
(Investimenti)		
Prezzo di realizzo disinvestimenti		
<i>Immobilizzazioni finanziarie</i>		
(Investimenti)		
Prezzo di realizzo disinvestimenti		
<i>Attività finanziarie non immobilizzate</i>		
(Investimenti)		
Prezzo di realizzo disinvestimenti		
Flusso finanziario dall'attività di gestione patrimoniale (B)		
C. Flussi finanziari derivanti dall'attività di finanziamento		
<i>Mezzi di terzi</i>		
Incremento (decremento) debiti a breve verso banche o altri		

Accensione finanziamenti		
Rimborso finanziamenti		
<i>Mezzi propri</i>		
Incasso quote associative (diverse dai contributi che danno luogo alle prestazioni sanitarie)		
Flusso finanziario dall'attività di finanziamento (C)		
Incremento (decremento) delle disponibilità liquide (A ± B ± C)		
Disponibilità liquide al 1° gennaio ANNO X+1		
Disponibilità liquide al 31 dicembre ANNOX+1		

ALLEGATO 3: Scheda Informativa

In assenza di prescrizioni normative, la presente scheda contiene le informazioni minime che devono essere fornite al potenziale aderente o al neo iscritto al Fondo sanitario.

Il documento sintetizza i principi già contenuti nelle LL.GG. e rappresenta un modello che può essere seguito in tutto o in parte nel rispetto dell'autonomia del singolo soggetto.

FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

ISCRITTO ANAGRAFE FONDI SANITARI INTEGRATIVI

SCHEDA INFORMATIVA

Fondo sanitario Mefop

Adesione in forma collettiva

<documento aggiornato al 12/11/2020>

Questo documento contiene informazioni per aiutarti a capire quali sono le caratteristiche del Fondo, le prestazioni offerte e gli obblighi contrattuali.

Il Fondo sanitario Mefop è un ente senza scopo di lucro, in forma associativa/fondazionale. il suo obiettivo è affiancare e integrare il Sistema Sanitario Nazionale per tutelare la tua salute.

Gli iscritti al Fondo usufruiscono di un *Piano Sanitario*, composto da attività, servizi e prestazioni sanitarie.

CONTATTI	
SEDE LEGALE Via Roma 21, 00123 Roma	SEDE OPERATIVA Via Aniene 14, 00198 Roma
SITO WEB www.fsmefop.it	TEL +39(6) 384938493
E-MAIL info@fsmefop.it	PEC pec@fsmefop.pec.it

A chi è rivolto?
Indicare la tipologia di cliente e/o di clienti a cui il prodotto è destinato , con specifico riferimento alle caratteristiche biometriche o al rischio demografico, ove presente. Utilizzare se possibile il punto elenco in modo da agevolare la lettura.

Come funziona?					
<p>Il fondo sanitario raccoglie i contributi dagli iscritti per poi offrire una copertura sanitaria come indicato nel piano. Il contratto/accordo o regolamento indica la quota di contribuzione che il lavoratore e/o il datore di lavoro deve sostenere all'atto dell'iscrizione.</p> <p>I piani integrativi o alternativi prevedono un finanziamento interamente a carico del lavoratore. Le modalità con cui effettuare il versamento sono disponibili sul sito del fondo fsmefop.it/modalita-contribuzione.php</p> <p>Contribuzione prevista dal contratto/accordo/regolamento</p> <table border="1"> <tr> <td>Quota lavoratore</td> <td>Quota datore</td> </tr> <tr> <td>€ xxx mese</td> <td>€ xx mese</td> </tr> </table> <p>L'eventuale presenza di piani sanitari integrativi o alternativi dovrà essere semplicemente citata rimandando alla successiva sezione.</p>		Quota lavoratore	Quota datore	€ xxx mese	€ xx mese
Quota lavoratore	Quota datore				
€ xxx mese	€ xx mese				

Quando inizia la copertura e quando finisce? - solo per adesioni individuali	
Durata	Indicare la durata e le relative modalità di eventuale rinnovo della polizza. Descrivere gli effetti dell'eventuale vincolo di poliennalità a carico del cliente
Sospensione	Indicare se è prevista o meno la possibilità di sospendere le garanzie e in quali casi. Indicare gli effetti della sospensione.

Cosa prevede il piano/i piani sanitari?			
Piano sanitario BASE			
		MASSIMALI	LIMITI, VINCOLI, FRANCHIGIE
AREA RICOVERO			
AREA EXTRA RICOVERO			
Il piano sanitario completo è disponibile su www.fsmefop.it			Costo annuo €
Piano sanitario FAMIGLIA			

PRESTAZIONE	DESCRIZIONE	MASSIMALI	LIMITI, VINCOLI, FRANCHIGIE
AREA RICOVERO			
AREA EXTRA RICOVERO			
Il piano sanitario completo è disponibile su www.fsmeop.it		Costo annuo €	

COME POSSO USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI?	
In Erogazione diretta	Puoi accedere direttamente alle prestazioni sanitarie offerte dalle strutture convenzionate appartenenti al nostro Network Sanitario. . Ti basta prenotare la prestazione di cui hai bisogno presso la struttura convenzionata: pagherai solo eventuali franchigie, scoperti e la marca da bollo, come previsto nel Piano Sanitario.
Richiesta di rimborso	Puoi chiedere il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie che non rientrano nel nostro Network Sanitario. Le tipologie di prestazioni rimborsabili, il tetto massimo del rimborso ed eventuali franchigie sono indicate nel Piano Sanitario.

Cosa devo fare per ottenere le PRESTAZIONI?	
Denuncia di sinistro	Per richiedere la prestazione sanitaria, devi presentare la richiesta al fondo. La procedura è disponibile sul sito del fondo (fsmeop.it/come-richiedere-prestazioni.php) oppure puoi richiederla tramite mail scrivendo a info@fsmeop.it
Prescrizione	In caso di richiesta di rimborso, la prestazione sanitaria deve essere stata sostenuta al massimo 10 mesi prima della richiesta.
Liquidazione	Il pagamento della prestazione in caso di richiesta tramite rimborso sarà effettuato entro 90 giorni dall'accettazione della richiesta.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI?
E' possibile presentare un reclamo al fondo utilizzando la procedura presente sul sito del fondo fsmeop.it/reclam

REGIME FISCALE
Trattamento fiscale sui I contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore al Fondo sanitario come previsto dal contratto, accordo o regolamento aziendale, non

<p>contributi versati</p>	<p>concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente per un importo fino a 3.615,20 € complessivi..Quindi non vengono pagate imposte sulle somme versate. Se previsto dal contratto, accordo o regolamento è possibile beneficiare dell'esenzione fiscale anche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● nel caso in cui un lavoratore versi contributi in favore dei familiari anche se non sono fiscalmente a carico ● nel caso in cui un pensionato versi contributi per sé o per i familiari anche se non sono fiscalmente a carico
<p>Trattamento fiscale sulle prestazioni ricevute</p>	<p>Le prestazioni ricevute sono esenti da tassazione se sono classificabili come rimborsi di spese o risarcimenti di un danno patrimoniale. I rimborsi di spese sanitarie portate in detrazione in anni precedenti sono soggetti a tassazione separata.</p>