

REGOLAMENTO

Fondo Metasalute

Approvato dal Consiglio di Amministrazione il 07 ottobre 2024

DISPOSIZIONI GENERALI

Il presente regolamento disciplina il funzionamento di Metasalute il Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti, costituito con atto pubblico il 21 novembre 2011 in attuazione di quanto previsto dal CCNL 15 ottobre 2009 e dall'Accordo Istitutivo del 10 novembre 2011.

Il presente regolamento, applicativo dell'art. 16 del CCNL dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti del 26 novembre 2016 e dello Statuto di Metasalute e dei successivi accordi intercorsi tra le parti istitutive del Fondo FEDERMECCANICA, ASSISTAL e FIM-CISL, FIOM-CGIL e UILM-UIL è adottato ai sensi dell'art. 21 dello Statuto.

Per quanto non espressamente previsto nel presente regolamento valgono i contenuti dell'Atto Costitutivo, dello Statuto, le disposizioni contenute nel CCNL dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti e negli accordi sottoscritti dalle parti istitutive.

ART. 1

Lavoratori dipendenti

A decorrere dal 1° ottobre 2017 le aziende che applicano il CCNL di cui alle disposizioni generali sono tenute ad aderire al Fondo Metasalute e ad iscriverne, superato il periodo di prova, tutti i lavoratori dipendenti a cui vengono applicate le seguenti forme contrattuali:

- tempo indeterminato compresi i lavoratori part-time e a domicilio;
- apprendistato;
- tempo determinato di durata non inferiore a 5 mesi a decorrere dall'iscrizione.

A decorrere dal 1° aprile 2018 le aziende che applicano il CCNL del settore orafo, argentiero e della gioielleria sono tenute ad aderire al Fondo Metasalute ed iscriverne, superato il periodo di prova, tutti i lavoratori dipendenti a cui vengono applicate le seguenti forme contrattuali:

- a tempo indeterminato compresi i lavoratori part-time e a domicilio;
- apprendistato;
- a tempo determinato di durata non inferiore a 5 mesi a decorrere dalla data d'iscrizione.

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

- previo accordo delle parti istitutive del Fondo e previa delibera del Consiglio di Amministrazione, i lavoratori con le caratteristiche definite ai precedenti punti a cui si applicano contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dalle stesse organizzazioni sindacali stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti previo accordo, per ciascun settore, tra le citate OOSS dei lavoratori e le rispettive organizzazioni imprenditoriali;
- i dipendenti delle parti stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti anche se distaccati in base alla legge n. 300 del 1970.

ART. 2 Nucleo familiare e conviventi di fatto

Sono destinatari delle prestazioni del Fondo, in aggiunta ai soci di cui all'art. 1, i seguenti familiari:

2.1 – Nucleo familiare a carico

Per familiari a carico del lavoratore dipendente iscritto s'intendono:

- i figli (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati) del lavoratore fino al compimento del 21° anno di età, se risultano "a carico" ai sensi dell'art. 1, comma 2 del D.lgs. 230/2021;
- il coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato e i figli (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati) dal 21° anno di età e fino al compimento del 26° anno di età, a condizione che tali soggetti possiedano un reddito complessivo annuo (intendendosi quello d'imposta) non superiore ad euro 2.840,51 o ad euro 4.000,00 per i figli di età inferiore ai 24 anni. I figli con disabilità (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati) si considerano "a carico" del lavoratore anche dopo il compimento del 26° anno di età, se sussistono i requisiti reddituali di cui al periodo precedente.

2.2 – Nucleo familiare NON a carico

Per nucleo familiare non a carico del lavoratore dipendente iscritto s'intende:

- il coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016);
- i figli (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati).

Si rimanda per le specifiche all'art. 3.4.

2.3 – I conviventi di fatto

Per conviventi di fatto s'intendono due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile. (L.76/2016 Art. 1, comma 36).

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

¹ L'**Unione civile** è una specifica formazione sociale ritualmente costituita, mediante dichiarazione di fronte all'ufficiale di stato civile e alla presenza di due testimoni, da due persone maggiorenni dello stesso sesso, unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale.

ART. 3 Modalità di adesione

3.1 – *Registrazione aziende*

Per consentire l'adesione dei loro dipendenti le aziende dovranno preventivamente registrarsi al Fondo accedendo alla sezione "Area Riservata" presente sull'home page del sito www.fondometasalute.it e generare le credenziali che consentiranno l'accesso all'Area Riservata all'interno della quale potranno gestire la propria posizione e le posizioni dei lavoratori.

L'iscrizione delle aziende può avvenire direttamente o tramite consulenti.

L'azienda, o per essa il consulente incaricato, è tenuta ad aggiornare mensilmente le informazioni inserite al momento dell'iscrizione, nonché le posizioni dei lavoratori iscritti. Inoltre, è tenuta a un attento e tempestivo monitoraggio della situazione contributiva, che sarà visionabile nella sezione "Saldo Azienda" all'interno dell'Area Riservata.

La posizione aziendale acquisita tramite pagamento con modello F24, di cui al successivo art. 3.2 non determina l'automatica iscrizione dell'azienda, dovendo in ogni caso quest'ultima, anche per il tramite del consulente incaricato, perfezionare la propria iscrizione e l'adesione dei propri lavoratori dipendenti al Fondo tramite l'accesso alla sezione "Area Riservata".

3.2 – *Adesione dei lavoratori dipendenti*

L'adesione al Fondo presuppone la conoscenza e l'accettazione da parte dell'interessato delle norme dello Statuto e del presente Regolamento, nonché delle altre norme collettive che regolano l'attività del Fondo.

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

Con il pagamento tramite F24 sarà necessario compilare il flusso UNIAMENS mensilmente trasmesso all'INPS.

Le denunce UNIAMENS dovranno riportare il codice contratto alfanumerico attribuito dal CNEL e collegato al CCNL applicato nonché il codice corrispondente al piano prescelto dall'azienda, compatibilmente con le selezioni effettuate in fase di attribuzione dei piani sanitari.

L'adesione dei lavoratori sarà perfezionata solo nel caso in cui vengano selezionati i piani sanitari per ciascun anno secondo quanto disposto dall'art. 1 dell'Allegato al Regolamento. Per la scelta dei piani è necessaria la registrazione al Fondo da parte dell'Azienda secondo quanto disposto dall'art. 3.1.

Per escludere i lavoratori che non hanno diritto all'iscrizione a Metasalute, poiché non compresi nelle tipologie di cui all'art.1 del presente Regolamento, non dovrà essere indicato alcun codice nel flusso UNIAMENS.

Per i lavoratori dipendenti delle parti indicate all'art. 1 dello Statuto la contribuzione è versata tramite F24 con eccezione dei soli lavoratori in aspettativa sindacale ex lege 300/70 per i quali il versamento dei contributi sarà effettuato tramite MAV. Entro il 31 dicembre di ogni anno a valere per il successivo le strutture sindacali dovranno inviare al Fondo una dichiarazione, da aggiornare in corso d'anno in funzione di cessazioni/assunzioni, attestante la sussistenza dei

rapporti di lavoro e della presenza di personale in aspettative ex lege 300/70, come da fac - simile messo a disposizione dal Fondo, allegando:

- l'elenco del personale dipendente e in aspettativa ex lege 300/70;
- per il solo personale in aspettativa ex lege 300/70 copia della lettera che l'azienda, annualmente entro il 31 dicembre di ogni anno, invia a OO.SS. a conferma del distacco.

Inoltre, entro il 30 aprile di ogni anno, ad attestazione dell'iscrizione dell'anno precedente, per il solo personale in aspettativa ex lege 300/70, è da trasmettere al Fondo copia delle parti della Certificazione Unica contenenti:

- l'identificazione del datore di lavoro e dipendente;
- il quadro dati previdenziali e assistenziali.

I lavoratori iscritti a Metasalute dovranno registrarsi sul portale del Fondo accedendo alla sezione "Area riservata" presente sull'home page del sito www.fondometasalute.it e generare le credenziali che gli consentiranno l'accesso all'Area Riservata all'interno della quale potranno verificare la loro posizione anagrafica e gestire anche le richieste di prestazioni sanitarie.

La mancata registrazione sul sito di Metasalute non preclude la possibilità al lavoratore dipendente iscritto di usufruire delle prestazioni sanitarie le quali potranno essere prenotate chiamando il numero verde dedicato.

3.3 – Adesione gratuita dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto

È consentita l'iscrizione gratuita al Fondo per il triennio 2024-2026:

- ai componenti del nucleo familiare che si considerano "a carico" ai sensi dell'art. 2.1 ed ai conviventi di fatto di cui all'art. 2.3, a condizione che questi ultimi possiedano un reddito complessivo annuo (intendendosi quello d'imposta) non superiore ad euro 2.840,51.

L'iscrizione gratuita comporta l'inclusione nel piano sanitario del lavoratore titolare iscritto e la condivisione delle garanzie sanitarie e dei massimali secondo quanto previsto dai Piani Sanitari.

I figli di genitori, entrambi iscritti al Fondo, coniugati, uniti civilmente o conviventi di fatto, devono essere iscritti solo nel nucleo familiare a carico di uno dei due genitori.

Se entrambi i coniugi, uniti civilmente o conviventi di fatto sono iscritti al Fondo non possono anche essere inseriti come familiari nel nucleo a carico del rispettivo coniuge, unito civilmente o convivente.

Non possono essere inseriti nel nucleo familiare a carico di un genitore iscritto al Fondo, figli anch'essi iscritti al Fondo.

Il lavoratore che intende iscrivere il proprio nucleo familiare e i conviventi di fatto deve accedere dal sito del Fondo www.fondometasalute.it, alla propria Area Riservata con le credenziali generate al momento della registrazione e compilare il Form relativo al nucleo dei familiari/convivente allegando gli eventuali documenti richiesti. L'iscrizione gratuita è possibile in ogni momento dell'anno.

I familiari già aderenti come non a carico potranno essere iscritti in forma gratuita – se aventi diritto a norma dell'art. 2.1- solo al termine del periodo di adesione come familiari non a carico di cui all'art. 3.4.

A conclusione della procedura di registrazione il dipendente avrà immediata visione dell'avvenuta adesione del proprio nucleo familiare/convivente.

Per quanto attiene alle decorrenze delle coperture sanitarie si rinvia all'art.6.

Ogni variazione in corso d'anno del nucleo familiare e del relativo carico fiscale deve essere tempestivamente comunicata nell'Area Riservata, con le seguenti modalità:

- Il dipendente, il cui familiare già iscritto in forma gratuita perda in corso d'anno i requisiti reddituali previsti per l'adesione come componente del nucleo familiare a carico di cui all'art. 2.1 e ai conviventi di fatto di cui all'art. 2.3, potrà cessare l'adesione del familiare interrompendone la copertura sanitaria o alternativamente procedere a variare il carico fiscale effettuando il pagamento della contribuzione prevista per l'adesione al Fondo con versamento a carico del lavoratore dipendente del premio annuale previsto per i singoli piani sanitari con massimali autonomi (Allegato 1 – Regolamento del Fondo).

3.4 – Adesione a pagamento dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto

Ai seguenti componenti NON a carico del nucleo familiare:

- coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato;
- conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (Art. 1, comma 36);
- figli non a carico e non conviventi di lavoratore dipendente iscritto affidati con sentenza di separazione/divorzio all'ex coniuge;
- figli non a carico purché conviventi;
- figli a carico dal compimento del 26° anno d'età;

è consentita l'adesione al Fondo con versamento a carico del lavoratore dipendente del premio annuale previsto per i singoli piani sanitari.

A partire dall'anno 2022, nel caso in cui un familiare non a carico decida di non aderire nuovamente per l'anno 2022, potrà iscriversi trascorsi 3 anni dall'ultima adesione al Fondo (Es. Il familiare del lavoratore iscritto come non a carico per l'anno 2021, sceglie di non aderire per l'anno 2022 potrà iscriversi nuovamente come familiare non a carico dall'anno 2025).

I costi dei Piani sanitari sono indicati nell'Allegato al presente Regolamento che fa parte integrante dello stesso.

Il lavoratore iscritto a Metasalute che intende iscrivere il proprio nucleo familiare deve accedere dal sito del Fondo www.fondometasalute.it, alla propria Area Riservata con le credenziali generate al momento della registrazione e compilare il Form di registrazione del nucleo dei familiari allegando gli eventuali documenti richiesti.

L'adesione a pagamento potrà essere effettuata in specifiche finestre temporali indicate dal Fondo per ciascun anno o nei casi previsti di variazione in corso d'anno del carico fiscale di cui all'art. 3.3.

La decorrenza delle prestazioni sanitarie per il familiare NON a carico iscritto nelle specifiche finestre temporali indicate dal Fondo seguirà per ciascun anno l'inizio della decorrenza della copertura del lavoratore titolare iscritto, superato il periodo di carenza, e cesserà il 31 dicembre di ciascun anno. L'importo della contribuzione è comunque annuale. (Es: se il capo nucleo

termina la carenza al 31 gennaio e la sua copertura parte dal 1° febbraio, la copertura del familiare decorrerà dal 1° febbraio).

La decorrenza delle prestazioni sanitarie per il familiare NON a carico iscritto nel caso di variazione in corso d'anno del carico fiscale di cui all'art. 3.3. seguirà per ciascun anno l'inizio della decorrenza della copertura del lavoratore titolare iscritto e cesserà il 31 dicembre di ciascun anno. Nel caso in cui il familiare dovesse entrare in copertura in corso d'anno, la decorrenza delle coperture come familiare NON a carico avverrà da tale data. L'importo della contribuzione è annuale. (Es. un familiare iscritto con decorrenza della copertura gratuita dal 1° aprile 2022, perde nel mese di settembre 2022 i requisiti per l'iscrizione gratuita. Il lavoratore effettua la variazione in corso d'anno del carico fiscale per il familiare e procede al pagamento della contribuzione prevista. La decorrenza della copertura a pagamento per il familiare sarà dal 1° aprile 2022).

A conclusione della procedura di registrazione il dipendente avrà immediata visione dell'avvenuta adesione del proprio nucleo familiare/convivente la quale si perfeziona con l'incasso da parte del Fondo della contribuzione versata dal lavoratore.

Per le modalità di pagamento si rimanda all'art. 10.2.

La richiesta di restituzione delle quote erroneamente versate dal dipendente nelle specifiche finestre temporali indicate dal Fondo per ciascun anno per l'adesione dei componenti del nucleo familiare non a carico deve essere presentata entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno a cui fa riferimento l'iscrizione utilizzando il modulo di richiesta rimborso accedendo all'Area Riservata del sito del Fondo.

La richiesta di restituzione delle quote versate dal dipendente per il familiare che perde in corso d'anno i requisiti reddituali previsti per l'adesione gratuita come familiare a carico, potrà essere rimborsata solo nel caso in cui il familiare iscritto non presenti i requisiti previsti per l'adesione come familiare non a carico.

La richiesta deve essere presentata entro e non oltre 30 giorni dalla data-in cui si effettua la variazione del carico fiscale utilizzando il modulo di richiesta rimborso accedendo all'Area Riservata del sito del Fondo.

ART. 4

Documentazione richiesta ai fini dell'iscrizione del nucleo familiare e disposizioni in materia di autocertificazione

Ai fini del riconoscimento del diritto all'assistenza in favore dei familiari e dei conviventi, il Fondo richiede all'iscritto la documentazione che attesti gli stati e le condizioni di cui all'art. 2 del Regolamento e la produzione di una autocertificazione.

All'inizio di ogni anno, il Fondo richiede l'autocertificazione e la presentazione della documentazione che attesti gli stati e le condizioni di cui all'art.2 del Regolamento per i componenti del nucleo familiare iscritti in forma gratuita. L'omessa presentazione di quanto sopra nei termini comunicati dal Fondo, determinerà la sospensione delle prestazioni sanitarie per i familiari iscritti. La successiva iscrizione dei familiari necessiterà comunque dell'autocertificazione e della produzione della documentazione richiesta dal Fondo. La decorrenza delle prestazioni sanitarie seguirà le previsioni dell'art. 6.2.

Metasalute, direttamente o tramite soggetti terzi, si riserva di effettuare in qualunque momento – anche successivo a quello di adesione – verifiche rispetto alla sussistenza dei requisiti legittimanti l'iscrizione al Fondo e di richiedere documentazione aggiuntiva.

Le dichiarazioni false determinano l'immediata decadenza del diritto all'assistenza sanitaria del familiare/convivente interessato, la possibile rivalutazione dei sinistri già autorizzati e/o rimborsati ed ogni azione a tutela degli interessi del Fondo.

ART. 5

Adesione a Metasalute di lavoratori e imprese metalmeccaniche con forme di sanità integrativa preesistenti

Le imprese in cui sono presenti forme aziendali di sanità integrativa sono tenute ad aderire al Fondo Metasalute al fine di iscrivere i lavoratori dipendenti che non godono di alcuna copertura sanitaria integrativa.

Le modalità di adesione sono quelle indicate nell'art. 3 del presente Regolamento.

ART. 6

Decorrenza delle prestazioni sanitarie

6.1 - Lavoratori dipendenti

Le adesioni dei lavoratori dipendenti con le modalità previste dall'art. 3.2 del presente Regolamento determineranno, per ragioni tecnico-amministrative, la decorrenza del diritto alle prestazioni sanitarie dal 1° giorno del 5° mese a partire da quello in cui avviene l'iscrizione (es. per un lavoratore iscritto nel mese di febbraio le coperture sanitarie decorrono dal 1° giugno).

Il diritto alle prestazioni sanitarie si protrae dopo la cessazione dell'attività lavorativa per un periodo di tempo corrispondente alle mensilità di contribuzione versate dall'azienda fino al momento della decorrenza della copertura sanitaria sopra citata (4 mesi).

6.2 – Componenti del nucleo familiare inclusi gratuitamente

La decorrenza delle prestazioni sanitarie per il componente del nucleo familiare/convivente del lavoratore dipendente parte dal 1° giorno del mese successivo a quello d'iscrizione purché il lavoratore titolare risulti in copertura a tale data. Qualora il familiare/convivente a carico venga inserito durante il periodo di carenza del lavoratore dipendente, le prestazioni sanitarie del familiare partiranno dalla medesima data di inizio della copertura del lavoratore titolare.

6.3 – Componenti del nucleo familiare con adesione a pagamento

La decorrenza del diritto alle prestazioni sanitarie dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto è quella specificata all'art. 3.4 del presente Regolamento.

ART. 7

Contribuzione e Piani Sanitari Integrativi

Il Fondo rende disponibili Piani Sanitari Integrativi rispetto al Piano base definendo le prestazioni e il relativo contributo aggiuntivo.

Modalità e termini di attivazione dei Piani Sanitari Integrativi sono specificati nell'Allegato al Regolamento che fa parte integrante dello stesso.

ART. 8 Decorrenza e cessazione della contribuzione

8.1 - *Lavoratori dipendenti*

L'intera contribuzione mensile è dovuta in misura piena anche nel caso di:

- tempo determinato di durata non inferiore a 5 mesi a decorrere dall'iscrizione;
- part-time;
- aspettativa per malattia;
- congedo parentale;
- sospensione durante la quale è corrisposta retribuzione e/o indennità a carico dell'istituto previdenziale;
- CIG in tutte le sue tipologie;
- lavoratori distaccati all'estero qualora il lavoratore e/o i suoi familiari a carico non godano di una polizza sanitaria predisposta dall'azienda;
- lavoratori che beneficiano della NASPI a seguito di procedure di licenziamento collettivo di cui alla L. 223/1991 ovvero ai sensi dell'art. 7 della L.604/1966. In tal caso la contribuzione sarà dovuta per un periodo di 12 mesi e dovrà essere versata in un'unica soluzione all'atto della risoluzione del rapporto di lavoro attraverso le procedure di pagamento indicate dal Fondo.

Nei casi in cui si realizzi nel corso del mese una delle fattispecie di cui alle lett. a), b), d), e) dell'art. 12.1 del presente Regolamento la contribuzione è dovuta per l'intero mese. Nel caso sub e) dell'art. 12.1 la contribuzione è nuovamente dovuta dal 1° giorno del mese successivo dalla fine dell'aspettativa.

La cessazione dell'adesione al Fondo - e quindi della copertura sanitaria - deve essere comunicata dall'azienda nell'Area Riservata entro l'ultimo giorno del mese in cui avviene la modifica dello stato del lavoratore e decorre dal 1° giorno del mese successivo.

Il diritto alle prestazioni ed il relativo onere contributivo sono dovuti per l'intero mese in cui viene indicata la data di cessazione della copertura.

Esempio: cessazione copertura 28 gennaio
→ contribuzione dovuta fino al 31 gennaio
→ prestazioni sanitarie fino al 31 gennaio
→ cessazione contribuzione e prestazioni dal 1° febbraio

È fatto salvo quanto previsto dai commi 1 e 2 dell'art. 6.1.

A decorrere dal 1° aprile 2018 le nuove adesioni seguono le regole di cui all'art.6.1.

In caso di cessazione del rapporto lavorativo e di successiva riassunzione, presso una nuova azienda o presso la stessa azienda, se la nuova iscrizione avviene nell'arco di 4 mesi dalla data di cessazione, il dipendente matura il diritto alle prestazioni dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui è stato nuovamente iscritto con decorrenza della contribuzione dalla medesima data. Diversamente il diritto alle prestazioni decorre a partire dal 1° giorno del 5° mese successivo alla nuova iscrizione. Tutte le aziende sono tenute a indicare mensilmente nell'anagrafica del Fondo – Area Riservata → sez. Sedi/Dipendenti – le eventuali cessazioni dei rapporti di lavoro dei dipendenti iscritti.

L'omissione contributiva determinata dalla mancata cessazione dell'adesione dei dipendenti iscritti secondo le previsioni di cui al vigente Regolamento è causa di applicazione dell'art.11.

È responsabilità dell'azienda la corretta trasmissione delle informazioni relative all'adesione dei dipendenti.

8.2 - Nucleo familiare e conviventi di fatto con inclusione gratuita

La contribuzione per i familiari ed i conviventi di fatto di cui all'art. 3.3 del presente Regolamento è ricompresa nella contribuzione annua prevista dal piano sanitario applicato al lavoratore dipendente.

8.3 - Nucleo familiare e conviventi di fatto con adesione a pagamento

La contribuzione per i familiari ed i conviventi di fatto di cui all'art. 3.4 del presente Regolamento - versata anticipatamente dal lavoratore dipendente - è pari all'importo previsto per il piano sanitario prescelto secondo lo schema Allegato al presente Regolamento che fa parte integrante dello stesso.

ART. 9

Quota destinata alla gestione amministrativa

Il Consiglio di Amministrazione determina la quota che verrà trattenuta dalla contribuzione versata mensilmente e destinata alla gestione amministrativa del Fondo.

ART.10

Modalità versamento dei contributi

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

Le aziende versano la quota di contribuzione mensile prevista dai piani prescelti a favore di ciascun lavoratore dipendente iscritto (comprensiva del nucleo familiare e i conviventi di fatto come specificati all'art. 3.3 del presente Regolamento).

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

Il versamento della contribuzione mensilmente dovuta per ciascun lavoratore iscritto al Fondo potrà essere effettuato dall'azienda entro il giorno 16 del mese successivo a quello di riferimento tramite modello di pagamento unificato F24, Codice MET1 (Risoluzione dell'AE N. 90 /E del 14/07/2017). Si raccomanda di specificare nell'UNIEMENS il codice corrispondente al piano sanitario prescelto (circ. INPS n. 189 del 28 dicembre 2017 e circolare Metasalute n. 2 del 10 gennaio 2024).

Resta a carico dell'azienda l'obbligo di inserire in piattaforma le cessazioni secondo le disposizioni di cui all'art. 8.1 del presente Regolamento.

10.2 - Nucleo familiare e conviventi di fatto di cui all'art. 3.4

Il versamento della contribuzione per il nucleo familiare di cui all'art. 3.4 del presente Regolamento è annuale anticipato, e a totale carico del lavoratore dipendente iscritto. Il versamento deve essere effettuato dal lavoratore titolare nelle finestre temporali annuali indicate dal Fondo e utilizzando le procedure di pagamento MAV previste nell'Area Riservata del

lavoratore dipendente sul sito di Metasalute. Il rinnovo dell'adesione avviene con il pagamento della contribuzione.

ART. 11

Ritardato e mancato versamento

L'omissione parziale o totale del versamento dei contributi dovuti dall'azienda per i dipendenti iscritti determina la sospensione delle prestazioni sanitarie.

Il Fondo, accertata l'omissione, procede all'invio di una comunicazione, a mezzo posta ordinaria ovvero posta elettronica, posta elettronica certificata o raccomandata a/r, alle aziende interessate con la quale viene sollecitata la regolarizzazione del saldo della contribuzione dovuta.

La regolarizzazione dell'omissione parziale o totale dei contributi dovuti dall'azienda dovrà essere effettuata tramite MAV o Bonifico Bancario entro e non oltre giorni 10 dalla ricezione del sollecito.

Trascorso tale termine, la mancata regolarizzazione dell'azienda determinerà l'automatica sospensione delle prestazioni sanitarie per tutti i dipendenti dell'azienda e per i corrispondenti nuclei familiari inclusi gratuitamente.

Tale sospensione sarà comunicata ai dipendenti nell'Area Riservata del sito del Fondo e all'azienda a mezzo posta ordinaria ovvero posta elettronica, posta elettronica certificata o raccomandata a/r.

Il Fondo si riserva ogni azione necessaria all'incasso dei contributi dovuti dalle aziende.

In tutti i casi di ritardato versamento dei contributi il Fondo applicherà un interesse di mora pari al tasso legale maggiorato di 2 punti.

L'importo da saldare è consultabile nell'Area Riservata all'azienda.

La posizione amministrativa e debitoria non decade con la sospensione delle prestazioni sanitarie per gli iscritti salvo quanto previsto dal successivo art. 12.

Solo a seguito della verifica da parte del Fondo della completezza del versamento verrà riattivata la posizione aziendale e l'erogazione delle prestazioni dandone tempestiva conferma all'azienda e ai dipendenti. I contributi dovuti dalle aziende morose, e versati con un ritardo tale da non poter essere più destinati alle originarie coperture sanitarie come previste dal presente regolamento, non potranno essere restituiti e saranno utilizzati in regime solidaristico per l'erogazione delle prestazioni sanitarie agli iscritti del Fondo.

ART. 12

Decadenza dal diritto alle prestazioni

Il diritto alle prestazioni da parte dei lavoratori dipendenti e del nucleo familiare/convivente si estingue secondo i termini e le modalità previste dal presente Regolamento nei casi di seguito elencati.

12. 1 - Lavoratore dipendente e componenti del nucleo familiare e conviventi di fatto con inclusione gratuita

I componenti del nucleo familiare e i conviventi di fatto di cui all'art. 3.3 decadono dalla possibilità di fruire delle prestazioni sanitarie per:

- a) decesso del dipendente e/o dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto;
- b) cessazione del rapporto di lavoro del dipendente;
- c) applicazione di un CCNL diverso da quelli richiamati all'art. 1 e nei casi non rientranti nelle ulteriori ipotesi previste nel predetto articolo;
- d) esclusione disposta in presenza di omissioni contributive;
- e) aspettativa non retribuita né indennizzata;
- f) falsa dichiarazione in merito ai requisiti legittimanti l'iscrizione;
- g) esclusione disposta dal CdA in caso di dolo o colpa grave dell'iscritto;
- h) rinuncia;
- i) scioglimento, liquidazione o cessazione, per qualsiasi causa, di Metasalute.

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

12.2 - Componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto con inclusione a pagamento

I componenti del nucleo familiare e i conviventi di fatto di cui all'art. 3.4 decadono dalla possibilità di fruire delle prestazioni sanitarie per:

- a) decesso;
- b) scadenza della copertura offerta da Metasalute (12 mesi dalla decorrenza delle prestazioni),
- c) falsa dichiarazione in merito ai requisiti legittimanti l'iscrizione;
- d) scioglimento, liquidazione o cessazione, per qualsiasi causa, di Metasalute.

ART. 13 Cessazione di attività

L'azienda nei casi di cessazione dell'attività con conseguente cessazione dei rapporti lavorativi è tenuta a darne comunicazione a Metasalute nel termine massimo di 30 giorni. In caso di cessazione dell'attività l'azienda è tenuta a cessare, nei termini previsti dall'art. 8.1, tutti i dipendenti attivi tramite apposita funzione di cessazione massiva disponibile in Area Riservata e versare le quote di contribuzione fino al mese di cessazione.

Resta inteso che le prestazioni sanitarie saranno erogate dal Fondo secondo quanto previsto dall'art.6 e che la posizione amministrativa e debitoria dell'azienda non decade con la cessazione dell'attività.

ART.14 Prestazioni

Il Fondo stipula a favore degli iscritti uno o più contratti di assicurazione per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria integrativa.

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo approva ed aggiorna con specifica delibera i Piani di Assistenza Sanitaria Integrativa, che sono portati tempestivamente a conoscenza degli iscritti e che costituiscono parte integrante del presente Regolamento.

I Piani approvati comprendono definizioni, prestazioni, esclusioni e modalità di erogazione.

ART.15

Prestazioni sanitarie aggiuntive

Il Fondo può prevedere a favore degli iscritti prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto alle prestazioni previste dai Piani Sanitari.

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo approva ed aggiorna con specifica delibera le prestazioni sanitarie aggiuntive ai Piani Sanitari, che sono portate tempestivamente a conoscenza degli iscritti, fornendo le informazioni circa le prestazioni, gli importi rimborsati, le eventuali limitazioni, i termini di decadenza per poter richiedere le prestazioni e le modalità di erogazione.

Le prestazioni sanitarie aggiuntive sono garantite per periodi di tempo limitati appositamente individuati, in ogni caso fino all'esaurimento delle somme per esse stanziare con specifica delibera del Consiglio di amministrazione.

ART.16

Privacy e tutela dei dati personali e sensibili

Tutti i dati relativi alle aziende e ai beneficiari saranno trattati dal Fondo (titolare dei trattamenti), ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 e successive modifiche e integrazioni.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO PIANI SANITARI

Per il triennio 2024-2026 il Fondo Metasalute prevede i seguenti Piani Sanitari:

- Piano BASE con contribuzione mensile pari a euro 13,00 su base annua;
- Piano MS1 con contribuzione mensile pari a euro 16,67 su base annua;
- Piano MS2 con contribuzione mensile pari a euro 23,34 su base annua;
- Piano MS3 con contribuzione mensile pari a euro 34,00 su base annua;
- Piano MS4 con contribuzione mensile pari a euro 75,00 su base annua.

Gli importi mensili sono determinati dividendo il premio annuo con arrotondamento al secondo decimale.

Art. 1 - Adesione collettiva ai Piani sanitari

L'adesione dei lavoratori dipendenti ai sopra elencati Piani sanitari può avvenire solo in forma collettiva, per la totalità o per gruppi omogenei di lavoratori. In azienda possono essere attivati per i dipendenti – con accordo o Regolamento aziendale – un massimo di tre Piani sanitari. Il Fondo richiede la produzione del relativo accordo o regolamento aziendale.

La selezione dei Piani, e quindi l'adesione non può essere variata in corso d'anno, ad eccezione del caso in cui intervengono modifiche al rapporto di lavoro del lavoratore all'intero dell'azienda (es. promozione/cambio di categoria) che determinino un nuovo Piano sanitario di riferimento, all'interno dei Piani già selezionati dall'Azienda, per accordo sindacale o regolamento. In tal caso l'Azienda dovrà richiedere in forma scritta, allegando la documentazione dell'accordo sindacale o del regolamento, al Fondo la modifica del piano per il lavoratore e la contribuzione del nuovo Piano sarà dovuta dal mese in cui viene richiesta la variazione.

La contribuzione verrà versata dall'azienda secondo i termini e le modalità previste dall'art. 10 del Regolamento vigente.

Art. 2 - Adesione a pagamento dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto

Ai sensi dell'art. 3.4 del Regolamento il lavoratore dipendente può far aderire il proprio familiare non a carico allo stesso piano cui egli già aderisce con massimali autonomi oppure può far aderire il proprio familiare al Piano Base con massimali autonomi.

Le modalità di iscrizione dei familiari e di versamento della contribuzione sono quelle indicate agli artt. 3.4 e 10.2 del Regolamento.

Tabella della contribuzione per i componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto di cui all'art. 3.4 del Regolamento

| Contribuzione (Euro) | Nucleo Familiare non a carico dal 01.01.2024 |
|---------------------------------|---|
| | Massimali autonomi |
| Piano Base | 361,00 |
| Piano MS1 | 513,00 |
| Piano MS2 | 783,00 |
| Piano MS3 | 1088,00 |
| Piano MS4 | 2555,00 |

Art. 3 – Destinazione dei flexible benefits previsti dal CCNL per l'industria metalmeccanica e della installazione di impianti del 26 novembre 2016 e successive modifiche e integrazioni.

La destinazione dei "Flexible Benefits" consentirà l'attivazione di una offerta sanitaria aggiuntiva rispetto al piano sanitario annuale già attivo in azienda i cui termini e garanzie sono definite annualmente dal Fondo con delibera del Consiglio di Amministrazione.

La decorrenza sarà dal 1° giugno di ciascun anno al 31 maggio dell'anno successivo, salvo cessazione del rapporto di lavoro o decadenza del diritto alle prestazioni di cui all'art. 12.

Modalità e tempistiche sono comunicate dal Fondo con apposite circolari.

Detta offerta è fruibile unicamente dal lavoratore caponucleo che, singolarmente ed in via autonoma, potrà destinare i Flexible Benefits al Fondo Metasalute previa comunicazione scritta da presentare alla propria azienda, la quale entrando nell'Area Riservata presente sul sito del Fondo - www.fondometasalute.it – opzionerà detta scelta.

La contribuzione è annuale, anticipata e versata in un'unica soluzione dall'azienda tramite bollettino MAV generato dall'apposita procedura.