

Crema, 16/10/2019

Spett.li

- Centri Servizi
- Dott./Dott.sse Consulenti del Lavoro
- Aziende che applicano il CCNL del Turismo e Pubblici Esercizi

OGGETTO: FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA, IN SIGLA F.A.S.S.: ISTRUZIONI OPERATIVE

Con verbale di accordo del 25 settembre 2019 è stato istituito, per tutte le imprese che applicano il C.C.N.L. del Turismo e Pubblici Esercizi del 28 maggio 2014 e successive modificazioni ed integrazioni- cod. Inps "414" il Fondo di Assistenza Sanitaria, in sigla F.A.S.S., costituito con atto notarile in data 04 giugno 2019.

Di seguito sono riportate le istruzioni operative cui sono tenute obbligatoriamente le imprese per il versamento dei contributi al Fondo per l'erogazione di prestazioni sanitarie integrative a favore di tutti i dipendenti; la copertura sanitaria può essere estesa, con versamento volontario, anche ai familiari.

Potranno iscriversi al Fondo come **soggetti volontari** anche i titolari d'impresa (intesi come imprenditori, amministratori d'impresa, professionisti ed alle categorie di lavoratori autonomi), **anche per questi soggetti è prevista l'estensione della copertura, con versamento volontario, ai familiari.**

CONTRIBUTI DI ADESIONE

Le imprese sono tenute a versare un contributo una tantum di adesione al Fondo e una quota mensile/trimestrale/annuale per l'adesione e l'attivazione del Piano sanitario a favore di dipendenti e Quadri. **L'importo dei contributi da versare deve essere calcolato a partire dal mese di gennaio 2019 come previsto dall'art. 5 dall' Accordo Interconfederale del 25 gennaio 2019.**

Contributo una tantum per l'adesione al F.A.S.S.

SOGGETTO	CONTRIBUTO UNA TANTUM	SPECIFICHE
Per ciascun lavoratore con la qualifica di operai e impiegati, anche inquadrati come apprendisti o ex apprendisti.	€ 30	Per il lavoratore ed il Quadro: a carico dell'azienda, da versare un'unica volta al momento della prima adesione al Fondo F.A.S.S.
Per ciascun Quadro e Soggetto volontario	€ 340	Per il soggetto volontario: il contributo è totalmente a proprio carico.

Contributo per l'adesione al Piano sanitario

SOGGETTO	CONTRIBUTO	SPECIFICHE
Per ciascun lavoratore con la qualifica di operai e impiegati, anche inquadrati come apprendisti o ex apprendisti.	€ 12 mensili	<ul style="list-style-type: none"> • € 10 a carico azienda; • € 2 a carico del lavoratore da trattenere direttamente dalla busta paga del lavoratore.
Per ciascun Quadro	€ 406 annuali	<ul style="list-style-type: none"> • € 350 a carico azienda; • € 56 a carico del lavoratore da trattenere direttamente dalla busta paga del lavoratore.
Per ciascun SOGGETTO VOLONTARIO (es. titolari di impresa, Lavoratori autonomi, libero professionista..)	€ 406 annuali	

MODALITA' DI VERSAMENTO DELLA CONTRIBUZIONE

Sono in corso di perfezionamento gli accordi con l'INPS per l'effettuazione dei pagamenti tramite modello F24. Nel frattempo i versamenti della contribuzione dovranno essere effettuati esclusivamente attraverso bonifico bancario secondo le seguenti istruzioni. Ricordiamo che l'importo dei contributi da versare deve essere calcolato a partire dal mese di gennaio 2019 come previsto dall'accordo interconfederale sopra citato.

Codice IBAN IT37B0503411701000000040619

Intestato a Fondo di Assistenza sanitaria in sigla "F.A.S.S."
BANCO BPM LODI

Indichiamo di seguito le scadenze dei versamenti e le relative causali da indicare nei bonifici.

DIPENDENTI E QUADRI			
PERIODO DI CONTRIBUZIONE	MODALITA' DI VERSAMENTO	CAUSALE	SCADENZA VERSAMENTO
DIPENDENTI: Trimestre Ottobre-Dicembre 2019	Unica soluzione	Versamento 4° TRIM. 2019	Entro il 16/01/2020
QUADRI: Annualità 2019 + Quota una tantum	Unica soluzione	Versamento Anno 2019	Entro il 16/11/2019
DIPENDENTI Arretrati Gennaio-Settembre 2019 + Quota una tantum	Unica soluzione	Versamento arretrati e quota una tantum unica soluzione	Entro il 16/11/2019
	Versamento rateale (2 rate di pari importo)	Versamento arretrati e quota una tantum 1° RATA	Entro il 16/11/2019
		Versamento arretrati e quota una tantum 2° RATA	Entro il 16/01/2020

Via Olivetti, 7 - 26013 Crema (CR)

CF 91042060193

Tel. 0373.476054 – Mail: info@fondofass.it

SOGGETTO VOLONTARIO (es.titolare di impresa,Lavoratore autonomo,libero professionista..)

PERIODO DI CONTRIBUZIONE	MODALITA' DI VERSAMENTO	CAUSALE	SCADENZA VERSAMENTO
Quota annuale + Quota una tantum	Unica soluzione	Versamento annualità 20__ e quota una tantum unica soluzione	Dal 1 al 28 febbraio 2020

DOCUMENTI E DATI DA INVIARE AL FONDO A CARICO DELLE IMPRESE E SOGETTI VOLONTARI

Per finalizzare l'adesione al Fondo e alla copertura sanitaria, le imprese o i soggetti volontari devono inviare i seguenti documenti al F.A.S.S., tramite e-mail a info@fondofass.it:

- copia del bonifico bancario;
- modulo di adesione al Fondo sanitario per le imprese - Allegato A - (che trovate allegato a questa comunicazione) debitamente compilato.

ADESIONE FAMILIARI

La copertura sanitaria può essere estesa, con versamento del contributo a carico del lavoratore/Quadro/Soggetto volontario, al nucleo familiare inteso come coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia ma in questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

Inclusione di familiari del lavoratore

BENEFICIARIO	CONTRIBUTO VOLONTARIO ANNUALE A CARICO DEL LAVORATORE
Coniuge o convivente "more uxorio"	€ 119
Ogni figlio	€ 112

Inclusione di familiari del Quadro/Soggetto volontario

BENEFICIARIO	CONTRIBUTO VOLONTARIO ANNUALE A CARICO DEL QUADRO/TITOLARE
Coniuge o convivente "more uxorio"	€ 340
Ogni figlio	€ 320

MODALITA' DI VERSAMENTO DELLA CONTRIBUZIONE VOLONTARIA PER COPERTURA FAMILIARI

Sono in corso di perfezionamento gli accordi con l'INPS per l'effettuazione dei pagamenti tramite modello F24. Nel frattempo i versamenti della contribuzione dovranno essere effettuati esclusivamente attraverso bonifico bancario secondo le seguenti istruzioni. Ricordiamo che l'importo dei contributi da versare deve essere calcolato a partire dal mese di gennaio 2019 come previsto dall'accordo interconfederale sopra menzionato.

Codice IBAN IT37B0503411701000000040619

Intestato a Fondo di assistenza sanitaria in sigla "F.A.S.S."

BANCO BPM LODI

Indichiamo di seguito le scadenze dei versamenti e le relative causali da indicare nei bonifici a carico del lavoratore/quadro/titolare per estendere la copertura sanitaria ai familiari.

VERSAMENTO CONTRIBUTO PER COPERTURA FAMILIARI A CARICO DEL LAVORATORE/QUADRO/TITOLARE			
PERIODO DI CONTRIBUZIONE	MODALITA' DI VERSAMENTO	CAUSALE	SCADENZA VERSAMENTO
Quota annuale	Unica soluzione	Versamento annualità 20__ – Estensione familiare unica soluzione	Dal 1 al 28 febbraio

DOCUMENTI E DATI DA INVIARE AL FONDO A CARICO DI LAVORATORE/QUADRO/SOGGETTO VOLONARIO CHE INTENDONO ESTENDERE LA COPERTURA AI FAMILIARI

Per finalizzare l'adesione al Fondo e alla copertura sanitaria per i familiari, devono inviare i seguenti documenti al Fondo F.A.S.S., tramite e-mail a info@fondofass.it:

- copia del bonifico bancario;
- modulo di adesione al F.A.S.S. volontaria - Allegato B - (che trovate allegato a questa comunicazione) debitamente compilato.

Via Olivetti, 7 - 26013 Crema (CR)

CF 91042060193

Tel. 0373.476054 – Mail: info@fondofass.it

PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, Fondo F.A.S.S. ha scelto UniSalute, società del Gruppo Unipol e prima assicurazione sanitaria in Italia per numero di clienti con oltre 25 anni di esperienza.

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del Piano stesso per le seguenti coperture:

PIANO SANITARIO DIPENDENTI E PIANO SANITARIO FAMILIARI DIPENDENTI (solo nel caso di adesione con contribuzione volontaria a carico del dipendente)	PIANO SANITARIO QUADRI, TITOLARI E PIANO SANITARIO FAMILIARI QUADRI E TITOLARI (solo nel caso di adesione con contribuzione volontaria a carico del quadro/titolare)
<ul style="list-style-type: none"> • Indennità giornaliera per ricovero da grande intervento chirurgico; • pacchetto maternità; • remise en forme post parto; • prestazioni di alta specializzazione; • visite specialistiche, ticket accertamenti diagnostici e pronto soccorso; • prestazioni odontoiatriche particolari; • odontoiatria/ortodonzia; • cure dentarie da Infortunio; • diagnosi comparativa; • interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero; • sindrome metabolica (copertura operante per il solo titolare); • prevenzione obesità infantile; • prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il solo titolare); • prestazioni a tariffe agevolate UniSalute; • servizi di consulenza e assistenza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ricovero in Istituto di cura; • pacchetto maternità; • remise en forme post parto; • prestazioni di alta specializzazione; • visite specialistiche e accertamenti diagnostici; • odontoiatria/ortodonzia; • prestazioni odontoiatriche particolari; • implantologia; • cure dentarie da infortunio; • diagnosi comparativa; • interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero; • sindrome metabolica (copertura operante per il solo titolare); • prevenzione obesità infantile; • prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il solo titolare); • prestazioni a tariffe agevolate UniSalute; • servizi di consulenza e consulenza.

Per eventuali chiarimenti e delucidazioni, il Fondo F.A.S.S. è a vostra disposizione ai seguenti recapiti:

Tel. 0373.476054 - info@fondofass.it

Il Presidente

Dott. Vittorio Codeluppi

Via Olivetti, 7 - 26013 Crema (CR)

CF 91042060193

Tel. 0373.476054 – Mail: info@fondofass.it

SCHEDA ADESIONE PER LE AZIENDE

(DA COMPILARE A CURA DELL'AZIENDA SU PROPRIA CARTA INTESTATA)

Spett.le Fondo F.A.S.S.
Via Olivetti, 7
26013 Crema (CR)
info@fondofass.it

La scrivente Società _____ nella persona del suo procuratore/legale Rappresentante _____, munito dei necessari poteri (i) per dare attuazione al Contratto Collettivo Nazionale del terziario commercio, distribuzione e servizi del 1° luglio 2013 (cod. Inps "413") in materia di assistenza sanitaria per i dipendenti e i quadri della scrivente Società e (ii) per la sottoscrizione della presente richiesta di adesione al Fondo di Assistenza Sanitaria, in sigla F.A.S.S.

DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento di Fondo F.A.S.S. pubblicati all'indirizzo www.fondofass.it e di accettarne tutti i contenuti;
- di aver fatto pervenire ai dipendenti e ai quadri interessati lo Statuto ed il relativo Regolamento del Fondo F.A.S.S. e l'informativa privacy ai sensi della normativa vigente;

CHIEDE

L'iscrizione al F.A.S.S. della scrivente Società e a tal fine **si impegna a:**

- provvedere al versamento della quota una tantum secondo le modalità richieste dal Fondo;
- versare i contributi per conto dei lavoratori per l'erogazione delle prestazioni assistenziali prescelte, secondo le modalità richieste dal Fondo;
- comunicare, secondo le modalità concordate, l'elenco dei Lavoratori iscritti e a comunicare al Fondo eventuali successive variazioni;

Li, _____ (timbro e firma) _____

Compilare i campi seguenti

Dati azienda

Denominazione azienda _____

Indirizzo _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov _____

Codice Fiscale _____ P.IVA _____

Telefono _____ / _____ Fax _____ / _____

E-mail _____ Numero lavoratori _____

Codice ISTAT _____ Matricola INPS _____

Legale Rappresentante

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ E-mail _____

C.C.N.L. _____

Referente interno

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ E-mail _____

INFORMATIVA PRIVACY

Firma per autorizzazione ed accettazione del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n° 196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR 679/16 - "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

Firma Legale Rappresentante

Documenti allegati:

- Copia documento identità in corso di validità;
- Elenco lavoratori iscritti (Modello reperibile sul sito www.fondofass.it – Area "Moduli").

SCHEDA ADESIONE VOLONTARIA

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Partita Iva _____

Residente in _____ Città _____ CAP _____

Via _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (____)

Telefono _____ E-mail _____

C.C.N.L. _____

Sesso M F

TIPOLOGIA DI BENEFICIARIO:

TITOLARE LAVORATORE AUTONOMO LIBERO PROFESSIONISTA TITOLARE D'IMPRESA

AMMINISTRATORE D'IMPRESA FAMILIARE

Se intende estendere la copertura, con versamento del relativo contributo a proprio carico, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia compilare la parte sottostante relativa al **FAMILIARE**

coniuge o convivente "more uxorio" 1° Figlio 2° Figlio 3° Figlio 4° Figlio

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ Città _____ CAP _____

Via _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (____)

Telefono _____ E-mail _____

Sesso M F

Se titolare/Leg. Rappresentante di **AZIENDA**

Denominazione _____

Indirizzo _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ P.IVA _____

Telefono _____ / _____ Fax _____ / _____

E-mail _____

Codice ISTAT _____ Matricola INPS _____

Matricola INAIL _____ C.S.C. _____

N° reg. imprese _____ Numero lavoratori _____

CCNL (indicare anche le parti sociali firmatarie) _____

Referente interno

Cognome _____ Nome _____

Telefono _____ E-mail _____

MODALITÀ DI VERSAMENTO

Annuale tramite bonifico bancario o carta di credito, in forma anticipata nel periodo dal 1 al 28 Febbraio.

TIPO DI PAGAMENTO

In attesa dell'attribuzione dei codici da utilizzarsi in F24, i versamenti dovranno essere effettuati esclusivamente tramite bonifico bancario alle seguenti coordinate:

- Codice IBAN: **IT37B0503411701000000040619 BANCO BPM LODI**
- causale "versamento annualitàe quota una tantum unica soluzione".

DICHIARA

- di aderire volontariamente al Fondo di Assistenza Sanitaria in sigla F.A.S.S. per le aziende sopra menzionate;
- di essere a conoscenza che la copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico dell'iscritto, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia ma che **in questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia;**
- di essere a conoscenza che i contributi annui per il complesso delle prestazioni, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

Via Olivetti, 7 - 26013 Crema (CR)

CF 91042060193

Tel. 0373.476054 – Mail: info@fondofass.it

Inclusione di familiari del lavoratore

BENEFICIARIO	CONTRIBUTO VOLONTARIO ANNUALE A CARICO DEL LAVORATORE
Coniuge o convivente "more uxorio"	€ 119
Ogni figlio	€ 112

Inclusione di familiari del Quadro/Soggetto volontario

BENEFICIARIO	CONTRIBUTO VOLONTARIO ANNUALE A CARICO DEL QUADRO/SOGGETTO VOLONTARIO
Coniuge o convivente "more uxorio"	€ 340
Ogni figlio	€ 320

- di essere a conoscenza che le prestazioni del Piano sanitario sono operanti in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del Piano stesso, di cui ha preso visione.

Luogo, Data

Firma

INFORMATIVA PRIVACY

Firma per autorizzazione ed accettazione del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n° 196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR 679/16 - "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

Firma

Documenti allegati:

- Copia documento identità in corso di validità