

F.I.S. PESCA
*FONDO DI ASSISTENZA INTEGRATIVO DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE PER I MARITTIMI IMBARCATI SU
NATANTI ESERCENTI LA PESCA MARITTIMA*

REGOLAMENTO

TITOLO I - PARTE GENERALE

- 1) Oggetto del Regolamento;
- 2) Adesione ed Iscrizione al Fondo (Inclusioni/Esclusioni);
- 3) Modalità di adesione dell'impresa al Fondo;
- 4) Cessazione della partecipazione al Fondo;
- 5) Contribuzione;
- 6) Omissioni contributive e ritardati versamenti - Sanzioni;
- 7) Privacy e tutela dei dati personali.

TITOLO II - ASSISTENZA SANITARIA

- 8) Oggetto della prestazione;
- 9) Gestione della prestazione;
- 10) Aveni diritto;
- 11) Tipologia di prestazioni;
- 12) Rimborso delle prestazioni erogate in forma indiretta o rimborsuale;
- 13) Termini di presentazione delle richieste di rimborso da parte dell'iscritto;
- 14) Fase di avvio - Presentazione delle richieste di rimborso da parte dell'iscritto
- 15) Accertamenti amministrativi e controlli sanitari;
- 16) Revisione delle pratiche

TITOLO I - PARTE GENERALE

Art. 1 - Oggetto del Regolamento

1. Il presente Regolamento disciplina il funzionamento del **“Fondo di assistenza integrativo del servizio nazionale per i marittimi imbarcati su natanti esercenti la pesca”**, o brevemente **“F.I.S. PESCA”**, di seguito definito Fondo, costituito con atto pubblico il 31 luglio 2019 in attuazione dell’Accordo di rinnovo, datato 19.03.2019, del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (C.C.N.L.) per i marittimi imbarcati su natanti esercenti la pesca marittima e successive modifiche e integrazioni.
2. Il presente Regolamento è adottato ai sensi dell’art. 12 dello Statuto.
3. Il Fondo garantisce ai lavoratori delle imprese aderenti e loro familiari trattamenti di assistenza sanitaria in forma indiretta (mediante regime rimborsuale);
4. Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento s’intendono richiamate le norme dell’Atto Costitutivo e dello Statuto e le disposizioni del vigente C.C.N.L. per i marittimi imbarcati su natanti esercenti la pesca marittima e successive modifiche e integrazioni riguardanti il Fondo sanitario integrativo.

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

1. Aderiscono al Fondo tutte le imprese che applicano il Contratto Collettivo Nazionale per i marittimi imbarcati su natanti esercenti la pesca marittima e che iscrivono i propri lavoratori dipendenti in costanza di rapporto di lavoro, assunti con contratto a tempo indeterminato oppure assunti con contratto a tempo determinato.
2. Non possono essere iscritti i lavoratori che hanno raggiunto i 75 anni di età. In ogni caso l’iscrizione cessa, alla prima scadenza annuale successiva, al raggiungimento di tale età.
3. È consentita l’iscrizione al Fondo delle Associazioni Datoriali e delle Organizzazioni Sindacali firmatarie del C.C.N.L. suddetto, delle Organizzazioni Collegate e delle loro articolazioni territoriali e/o associative nonché enti e strutture collaterali.
4. Possono aderire anche gli imprenditori e gli operatori del settore, qualificati da una dichiarazione dell’Organizzazione presentante.

Art. 3 - Modalità di adesione dell'impresa al Fondo

1. L’adesione dell’impresa al Fondo presuppone la conoscenza delle norme dello Statuto e del presente Regolamento disponibili sul sito istituzionale www.fispesca.it nonché delle loro eventuali successive modifiche e/o integrazioni, che il Fondo provvederà tempestivamente a pubblicare e rendere note con ogni mezzo utile.

2. L'iscrizione o la cessazione –da effettuarsi in occasione rispettivamente del primo o dell'ultimo versamento mensile –si realizza attraverso l'area riservata predisposta sul sito www.fispesca.it.

Nell'area riservata le aziende possono effettuare le seguenti operazioni:

- **Anagrafica:** si possono modificare i dati dell'azienda tranne la partita iva o il codice fiscale e l'indirizzo e-mail validi come credenziali di accesso al portale. Per eventuali modifiche, una volta registrata l'azienda, occorre fare una specifica richiesta a amministrazione@fispesca.it.
- **Iscritti:** funzione per inserire le anagrafiche dei lavoratori. Con [inserisci iscritto](#) si inserisce una anagrafica alla volta, con [importa iscritti](#) si può caricare un file XLS tramite l'apposito template che si può scaricare sul computer locale. La data di iscrizione è sempre il primo giorno dalla data di assunzione e/o adesione al Fondo mentre la data di cessazione è la data di fine validità dell'ultimo versamento effettuato.
- **Pagamenti:** da qui si possono visualizzare i pagamenti con il dettaglio dei lavoratori e predisporre un nuovo pagamento.

Per predisporre un pagamento occorre seguire i seguenti passaggi:

- [inserisci nuovo pagamento](#), fare attenzione al mese e all'anno di competenza, poi cliccare sul tasto "inserisci", dopo aver ottenuto OK andare su [pagamento iscritti](#), visualizzare e successivamente selezionare gli iscritti per i quali si deve versare il contributo, tornare nel dettaglio pagamento e controllare che l'anno di competenza e l'importo siano corretti, stampare il MAV e recarsi in banca per il pagamento.

Qualora, per qualsiasi motivo, i dati pervenuti agli uffici del F.I.S. PESCA non siano completi o esatti, gli uffici del Fondo contatteranno l'impresa al fine di avere i dati per un corretto abbinamento delle posizioni (anagrafica lavoratori/versamenti). La mancata collaborazione dell'impresa a questa attività può comportare il mancato invio dei pagamenti alla compagnia di assicurazione e di conseguenza la non copertura dei lavoratori in caso di sinistro. L'adesione dell'impresa può avvenire direttamente o tramite centri servizi o consulenti. Le successive comunicazioni saranno sempre indirizzate all'impresa interessata, al centro servizi o al consulente.

3. L'iscrizione ha durata indeterminata, permanendo le condizioni di adesione dell'impresa e di iscrizione dei lavoratori.
4. Le imprese aderenti sono tenute a comunicare tempestivamente al Fondo ogni variazione o aggiornamento dei dati precedentemente comunicati al fine di consentire un efficace e corretto rapporto con il Fondo.
5. Le imprese destinatarie del CCNL hanno l'obbligo di iscrivere al Fondo i lavoratori.

Art. 4- Cessazione della partecipazione al Fondo

1. L'iscrizione al Fondo cessa a seguito di:
 - a. scioglimento, liquidazione o comunque cessazione, per qualsiasi causa,

- del Fondo;
- b. cessazione per qualsiasi causa degli iscritti medesimi;
 - c. esclusione disposta in presenza di irregolarità contributive;
2. Nei casi di cui alle predette lettere b), l'impresa di appartenenza del lavoratore deve darne comunicazione al Fondo immediatamente e comunque entro e non oltre il mese stesso in cui si verifica l'evento. Qualsiasi conseguenza scaturente da omesse o tardive comunicazioni da parte dell'impresa rimarrà a carico della stessa.
 3. Nell'ipotesi in cui il Fondo abbia accertato comportamenti dolosi da parte dell'iscritto finalizzati all'acquisizione di prestazioni e/o rimborsi non dovuti, ovvero all'elusione degli obblighi contributivi, tramite decisione del Consiglio di Amministrazione può disporre l'immediata esclusione dell'iscritto dal Fondo, informandone contestualmente l'impresa di appartenenza. È fatta salva la facoltà del Fondo di intraprendere tutte le azioni necessarie per la tutela dei propri diritti.

Art. 5 - Contribuzione

1. Ciascuna impresa è tenuta al versamento, nei confronti del Fondo, di un contributo annuo nella misura e secondo le modalità determinate dal C.C.N.L. pro-tempore vigente. Per la copertura delle spese di funzionamento del Fondo, il Consiglio di Amministrazione, sulla base di preventivi di spesa, autorizza il prelievo di una quota (quota spese) dal totale dei contributi versati.
2. Il mancato versamento al Fondo del contributo dovuto, tenuto conto di quanto specificato agli articoli che seguono, non dà diritto ad alcuna prestazione.
3. L'obbligo contrattuale viene assolto mediante il versamento del contributo ordinario a carico del datore di lavoro. Ai sensi di quanto previsto dall'articolo 70 del CCNL, la misura della contribuzione potrà essere modificata soltanto dalle parti stipulanti il CCNL. Tutte le imprese che applicano il CCNL, di cui all'articolo 70, sono tenute a corrispondere al Fondo un contributo con le seguenti modalità: per tutti i dipendenti a tempo pieno con contratto a tempo indeterminato, l'importo pro capite è pari a euro 120,00 annui, ripartito in euro 10,00 mensili pro capite per dodici mensilità. Per i lavoratori dipendenti a tempo determinato l'importo pro capite sarà dovuto per i mesi di durata del rapporto di lavoro. La contribuzione decorre dal mese di assunzione. Se la cessazione del rapporto avviene nel corso del mese, la contribuzione è dovuta per tutto il mese. Per tutta la materia relativa alla contribuzione ogni comunicazione dovrà essere inviata agli indirizzi e-mail presenti sul sito. In caso di versamento errato, saranno valutate le modalità di restituzione o compensazione, purché l'errore sia segnalato prima che gli importi siano stati utilizzati per le predisposte coperture assicurative e, comunque, entro tre mesi dal versamento.
4. Per ogni dipendente in servizio, il versamento dei contributi avviene, con cadenza mensile posticipata, esclusivamente attraverso avviso (M.av. bancario) precompilato e predisposto nell'area riservata del sito del F.I.S. PESCA. Il M.av. bancario dovrà essere pagato senza ulteriori costi aggiuntivi presso qualsiasi sportello di un istituto di credito della rete interbancaria il giorno 16 del

mese successivo a quello di competenza.

5. Per i soggetti assicurati diversi dagli addetti imbarcati il versamento avviene tramite procedura informatizzata on-line disponibile sul sito www.fispesca.it
6. In base alla procedura informatizzata i soggetti assicurati diversi dagli addetti imbarcati dovranno registrarsi sul sito indicando un proprio indirizzo di posta elettronica e quindi riceveranno, attraverso lo stesso mezzo, la User Id e la Password necessarie per collegarsi al sito e per predisporre i pagamenti. Il versamento/rinnovo al F.I.S. PESCA avverrà tramite M.Av. bancario da predisporre nell'area riservata del sito dove sono disponibili le istruzioni. Il M.Av. bancario dovrà essere pagato, senza nessun costo aggiuntivo per l'utente, presso un qualsiasi sportello della rete interbancaria.

Art. 6 - Omissioni contributive e ritardati versamenti - Sanzioni

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

Art. 7 - Privacy e tutela dei dati personali

1. Tutti i dati conferiti saranno trattati dal Fondo, dalle Compagnie di Assicurazioni e dall'eventuale Service Amministrativo secondo le modalità ed entro i limiti previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 e successive modifiche ed integrazioni.
2. L'autorizzazione del Fondo, delle Compagnie di Assicurazione e del Service Amministrativo al trattamento dei dati personali di ciascun lavoratore sarà rilasciata dall'iscritto in occasione della prima richiesta di prestazione mediante sottoscrizione di apposita modulistica, previa lettura dell'informativa di cui all'art. art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679.

TITOLO II - ASSISTENZA SANITARIA

Art. 8 - Oggetto della prestazione

Come previsto dall'art. 70 del richiamato C.C.N.L., il Fondo garantisce ai lavoratori di imprese aderenti e loro familiari, prestazioni di assistenza sanitaria attraverso il regime di erogazione in forma indiretta o in regime rimborsuale.

Art. 9 - Gestione delle prestazioni

Per la gestione delle prestazioni, il Fondo può stipulare apposite convenzioni con Compagnie autorizzate all'esercizio dell'attività di assicurazione del ramo malattia.

1. In attuazione del comma 1 del presente articolo, il Consiglio di Amministrazione procederà alla stesura del Nomenclatore/Tariffario contenente le prestazioni garantite dal Fondo, che potrà essere rivisto periodicamente.
2. L'individuazione delle Compagnie dovrà avvenire nel rispetto della procedura stabilita di volta in volta dal Consiglio di Amministrazione.
3. Il Fondo definirà con le Compagnie il contratto finalizzato a porre in essere in concreto le coperture assicurative.

Art. 10 - Aveni diritto

Le prestazioni del presente titolo sono garantite ai lavoratori aventi le caratteristiche già descritte all'art. 2 del presente Regolamento, al coniuge, al convivente *more uxorio* e ai figli, questi ultimi solo se fiscalmente a carico, risultanti dallo stato di famiglia.

Art. 11 - Tipologia di prestazioni

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

Art. 12 - Rimborso delle prestazioni erogate in forma indiretta o rimborsuale

1. L'iscritto deve presentare, personalmente per sé e/o per gli aventi diritto, domanda di rimborso delle prestazioni ricevute utilizzando l'apposito modulo "Richiesta di rimborso" rinvenibile nella sezione **MODULISTICA** del sito internet.
2. L'iscritto deve compilare il modulo in ogni sua parte, apporvi data e firma ed inviarlo **a mezzo posta elettronica con conferma di ricezione** o, in alternativa, a mezzo raccomandata A/R, utilizzando i recapiti riportati sul sito istituzionale.
3. Al modulo devono essere sempre allegati:
 - a. la prescrizione medica intestata all'avente diritto completa di diagnosi indicante tipologia e numero delle prestazioni;
 - b. in caso di ricovero, la copia del foglio di dimissione o del diario clinico (a patto che sia indicata la data di entrata ed uscita dalla struttura sanitaria e la motivazione del ricovero). Il Fondo si riserva di richiedere copia della cartella clinica integrale, timbrata dall'ospedale/istituto di cura/clinica;
 - c. i documenti di spesa quietanzati ed intestati all'avente diritto con espressa indicazione di tipologia e numero delle prestazioni effettuate, della data di emissione e degli onorari corrisposti;
 - d. nei casi di cure dentarie, l'apposito modulo predisposto dal Fondo compilato dal medico odontoiatra, reperibile nella sezione **MODULISTICA**.
4. I documenti di cui ai punti a), b), c) e d), devono essere inviati in copia contestualmente alla richiesta di rimborso. Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.
5. L'iscritto deve altresì comunicare se il rimborso richiesto sia relativo a spese correlate ad eventi causati da responsabilità di terzi o coperte - anche parzialmente - da un'assicurazione privata di rimborso delle spese mediche. L'avente diritto è responsabile nei confronti del Fondo per i casi di indebito arricchimento.
6. Il Fondo effettuerà i rimborsi a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato all'iscritto o tramite assegno.

Art. 13 - Termini di presentazione delle richieste di rimborso da parte dell'iscritto

1. La richiesta di rimborso delle prestazioni deve essere trasmessa dall'iscritto **entro il termine perentorio di 12 (dodici) mesi** decorrenti dalla data riportata sulla documentazione attestante la spesa per cui si richiede il rimborso. Il suddetto termine è previsto a pena di decadenza per cui tutte le richieste pervenute oltre tale termine verranno rigettate.
2. La richiesta di rimborso per retta giornaliera di degenza deve essere trasmessa dall'iscritto **entro il termine perentorio di 12 (dodici) mesi** decorrenti dalla data in cui si è stati dimessi. La richiesta trasmessa oltre tale termine comporterà il rigetto della stessa.
3. La richiesta di rimborso delle spese relative alle prestazioni eseguite nella fase di pre-ricovero deve essere trasmessa dall'iscritto **entro il termine perentorio di 12 (dodici) mesi** decorrenti dalla data di dimissioni dal ricovero. Anche il suddetto termine è previsto a pena di decadenza e pertanto tutte le richieste tardive verranno rigettate.

Art. 14 - Fase di avvio - Presentazione delle richieste di rimborso da parte dell'iscritto

1. In fase di avvio, la domanda per la richiesta delle prestazioni potrà essere presentata al Fondo dal 01.10.2020, fermo restando che la copertura assicurativa decorrerà dal 01.07.2020.

Art. 15 - Accertamenti amministrativi e controlli sanitari

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

Art. 16 - Revisione delle pratiche

1. L'iscritto può chiedere al Fondo la revisione delle pratiche per le prestazioni di assistenza sanitaria **entro e non oltre 90 (novanta) giorni** decorrenti:
 - dalla data di ricevimento del bonifico sul proprio conto corrente;
 - dalla data di ricevimento dell'assegno di liquidazione ricevuto;
 - dal ricevimento della comunicazione di rigetto dell'istanza.
2. La decisione del Fondo può essere impugnata dall'iscritto con ricorso indirizzato al Consiglio di Amministrazione **entro 30 (trenta) giorni** dalla comunicazione della stessa.
3. Entrambi i termini sono da ritenersi improrogabili e pertanto previsti a pena di decadenza.