

Gentile Associato

del settore Edilizia ed Affini artigiano e PMI

Con le retribuzioni del mese di **Giugno 2014** verrà dato avvio al versamento, per il tramite di Edilcassa Veneto, della quota di adesione a SANI IN VENETO, il Fondo regionale per l'assistenza sanitaria integrativa già attivo dal 2013 per i lavoratori dell'artigianato manifatturiero e dei servizi.

La quota di versamento a carico impresa prevista per il 2014 è pari ad **€ 8,75 mensili** per ogni dipendente e tutti gli adempimenti conseguenti saranno svolti da chi Le gestisce le pratiche del personale (ufficio paghe associazione o consulente del lavoro/altro professionista) in esecuzione delle istruzioni che ha fornito Edilcassaveneto, l'evoluzione della nostra storica CEAV (www.edilcassaveneto.it) che trova allegate.

L'applicazione di Saninveneto nel Suo settore deriva dal recente **CCRL VENETO del 9 Aprile 2014** nel quale Associazioni Artigiane e sindacati di categoria hanno concordato in via sperimentale l'estensione anche ai dipendenti del Suo settore, delle prestazioni previste dal Nomenclatore del Fondo Sanitario. Sottolineiamo il fatto che non abbiamo riconosciuto incrementi retributivi nel CCRL veneto appena firmato, le imprese come la Sua possono ritenersi quindi soddisfatte dalla trattativa che ha avviato la sanità integrativa invece di erogare aumenti aggiuntivi a quelli già previsti dal recente rinnovo del contratto nazionale del 24 Gennaio 2014. Considerando che l'EET, la storica voce retributiva regionale del Suo settore, non viene più pagata dal 1.1.2012 e che per un operaio/dipendente valeva mediamente circa **55€ al mese** solo per questo scambio il CCRL firmato da Confartigianato nel Veneto ha generato un risparmio per la durata della trattativa e per la vigenza del nuovo CCRL (2012/2013/2014/30.6.2015) di **almeno € 2.200** per ciascun operaio/dipendente in forza nel medesimo periodo.

Il versamento relativo alla quota di SANI IN VENETO è assimilabile ai versamenti previsti dal CCRL per le prestazioni della nostra cassa edile e pertanto il mancato adempimento oltre a configurare un inadempimento contrattuale a danno dei dipendenti pregiudica l'emissione del DURC.

Una scelta innovativa che va controcorrente rispetto ad altre contrattazioni di settore nelle quali sono state previste, per lo stesso periodo di grave crisi, degli incrementi salariali e permette di aumentare il grado di protezione dei lavoratori, la cui età media è sensibilmente aumentata negli ultimi anni in un momento nel quale la copertura del servizio sanitario nazionale va progressivamente diminuendo. L'erogazione delle prestazioni parte dopo tre mesi dal primo versamento. Vi rinviamo a www.saninveneto.it per conoscere il piano sanitario (nomenclatore), ossia l'elenco degli eventi sanitari indennizzabili, delle prestazioni e degli importi di cui hanno diritto anche i dipendenti del settore edile artigiano e PMI. **Può richiedere una copia del nomenclatore allo sportello SANI IN VENETO aperto e operativo presso il Suo Mandamento di riferimento o anche presso il nostro provinciale (0422/43.33.00) .** Lo stesso sportello (in allegato il modello di richiesta) è in grado di soddisfare ogni informazione e di inoltrare la richiesta di prestazione al Fondo, che ricorrendone ogni altra condizione viene pagata nel c/c bancario del Suo dipendente.

Treviso, 2 Luglio 2014



Circolare n° 1/2014

Marghera, 18 Giugno 2014

OGGETTO : **Contribuzione SANI IN VENETO**

Con la presente si informano tutti i Consulenti del Lavoro e Responsabili degli uffici paghe che sono stati definiti dalle parti tutti gli aspetti tecnici derivanti dall'applicazione dell'accordo regionale del 09 Aprile 2014 che ha previsto, a far data del 1° Giugno 2014, il versamento al fondo SANI IN VENETO per il tramite della scrivente.

Perciò, a **partire dalla denuncia relativa alla mensilità di Giugno 2014, il software per l'invio delle denunce mensili (SOLDO), sia attraverso l'inserimento manuale della denuncia che attraverso il caricamento da file, calcolerà in automatico le contribuzioni al fondo.**

Ricordiamo, quindi, che **l'importo corretto della denuncia, comprensivo della contribuzione a SANI IN VENETO, sarà quello calcolato da SOLDO. Il relativo bollettino freccia potrà essere stampato soltanto dopo aver chiuso ed inviato la denuncia alla cassa.**

Chi ha l'obbligo di versare:

Le imprese che hanno in forza dipendenti operai, impiegati ed apprendisti con contratto di lavoro a tempo indeterminato o a termine, a tempo pieno o parziale, per tutti i lavoratori **ad esclusione** di quanto sotto riportato.

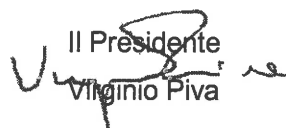
Esclusioni dall'obbligo di versamento:

- Lavoratori a chiamata
- Lavoratori che hanno compiuto 67 anni nel mese precedente a quello della denuncia
- Lavoratori part-time con orario di lavoro inferiore al 10% su base settimanale o mensile
- Lavoratori in cassa integrazione sia per intemperie che per mancanza di lavoro con imponibile contributivo alle Casse Edili inferiore a 300 euro
- Lavoratori che risultano in congedo parentale e/o aspettativa non retribuita per più della metà delle ore lavorabili nel mese
- Lavoratori nuovi assunti a partire dal 16° giorno del mese
- Lavoratori licenziati entro il 15° giorno del mese

Per quanto concerne le prestazioni erogate dal fondo SANI IN VENETO si rimanda al sito del medesimo.

I nostri uffici rimangono a disposizione per eventuali chiarimenti.

Cordiali saluti.

Il Presidente

Virginio Piva

RICHIESTA DI INDENNIZZO PER SPESE SANITARIE

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
 Tel _____ Cell* _____ E-mail _____

* Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un sms

Prestazioni per le quali si richiede l'indennizzo:

- CHIRURGIA
- VISITE SPECIALISTICHE
- ANALISI DI LABORATORIO E DIAGNOSTICA
- FISIOTERAPIA
- PROTESI.....
- LENTI
- ODONTOIATRIA (*)

(*): In caso di richiesta rimborso spese odontoiatriche è necessario allegare il dettaglio delle prestazioni e delle spese sostenute

Si riepilogano di seguito i documenti trasmessi:

N°	DOCUMENTI/PRESTAZIONE	ENTE EMITTENTE	DATA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

In caso di INFORTUNIO o INCIDENTE STRADALE allegare la seguente documentazione:

- certificato di pronto soccorso
- verbale dell'autorità giudiziaria

N° altri documenti allegati **IN COPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)

Intestatario conto corrente: _____

IBAN: _____

Data compilazione: _____

Firma del lavoratore iscritto: _____

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", **ACCONSENTO** al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Fondo Sanitario, Sportelli accreditati con il Fondo, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A. - RBM Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'Interessato _____ Firma per Consenso _____