

Spett.le
IMPRESE
CONSULENTI

Reggio Emilia li, 19/01/2026

Fondo Sanedil: Regolamento delle Prestazioni Sanitarie

Vi alleghiamo, per opportuna conoscenza, il nuovo Regolamento delle prestazioni sanitarie deliberato, con modifiche, dall'Assemblea del **Fondo Sanedil** in data 24/11/2025.

Tra le novità si segnala l'articolo 17, recante la procedura per la gestione dei reclami, nonché la revisione dell'articolo 10, che chiarisce la procedura per la gestione delle anomalie contributive derivanti da versamenti errati o omessi.

Restiamo a disposizione per qualsiasi richiesta di informazione e/o chiarimento, Cordiali saluti.

La Direttrice
Vallisneri Lorenza



REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

Approvato il 24 novembre 2025





INDICE

ART. 1 DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 2 ADESIONE AL FONDO

ART. 3 DIRITTO DI ISCRIZIONE – ISCRITTI

ART. 4 ASSISTENZA DEI CONSULENTI DEL LAVORO E DEI CENTRI SERVIZI

ART. 5 STRUMENTI DI GESTIONE PRESTAZIONI ISCRITTI

ART. 6 NUCLEO FAMILIARE

ART. 7 DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI

ART. 8 SOSPENSIONE PRESTAZIONI E CONTRIBUZIONE PER ASPETTATIVA NON
RETRIBUITA/CONGEDO STRAORDINARIO PER GRAVI MOTIVI FAMILIARI

ART. 9 SOSPENSIONE CAUTELARE – CESSAZIONE

ART. 10 ANOMALIE CONTRIBUTIVE, ERRATI E OMESSI VERSAMENTI

ART. 11 CONTRIBUZIONE

ART. 12 DECORRENZA E CESSAZIONE DELLA CONTRIBUZIONE

ART. 13 CONTRIBUZIONE DIRETTA – TERMINI DI VERSAMENTO

ART. 14 PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL FONDO

ART. 15 PRESTAZIONI NON RIMBORSABILI – DECADENZA DAL DIRITTO AL RIMBORSO

ART. 16 PRESTAZIONI E RIMBORSI – COMPETENZA GESTIONE RICHIESTE

ART. 17 GESTIONE RECLAMI

ART. 18 PRIVACY



ART. 1 DISPOSIZIONI GENERALI

Il presente Regolamento disciplina il funzionamento del Fondo SANEDIL – Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i lavoratori edili (di seguito “Fondo”), definendone le norme operative e le modalità di applicazione delle disposizioni previste dallo Statuto, cui tutti gli aderenti e gli Iscritti devono attenersi.

Il Fondo eroga agli Iscritti e agli aventi diritto prestazioni di Assistenza Sanitaria Integrativa e Socio-Sanitaria, in conformità a quanto stabilito dal Decreto Ministeriale 27 ottobre 2009.

Il Fondo è stato costituito il 15 novembre 2018 mediante atto pubblico, registrato il 5 dicembre 2018, in attuazione dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (Ccnl) attualmente in vigore, sottoscritti dalle Parti Sociali individuate all’art. 1 dello Statuto.

Il presente Regolamento:

- è di natura applicativa rispetto allo Statuto del Fondo e agli accordi stipulati tra le Parti Istitutive;
- è adottato ai sensi dell’art. 23 dello Statuto, su approvazione del Consiglio di Amministrazione, previa intesa tra le Parti Istitutive;
- attua le disposizioni di cui all’art. 15, lettera e) dello Statuto.

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, si applicano le disposizioni contenute: nell’Atto Costitutivo del Fondo; nello Statuto; nei Ccnl vigenti; negli accordi sottoscritti dalle Parti Istitutive relativi al Fondo.

Tutela della riservatezza

Ogni informazione relativa allo stato di salute degli iscritti è considerata strettamente riservata.

I soggetti che ne vengano a conoscenza per ragioni connesse al proprio incarico o mandato sono tenuti al segreto professionale.

È consentita la divulgazione di informazioni relative al Fondo solo in forma aggregata o come relazione complessiva, anche se riferita a singole prestazioni o dati statistici, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy.

ART. 2 ADESIONE AL FONDO

1. Per le figure operaie, le aziende che applicano i Ccnl dell’Edilizia (Industria, COOP, PMI, Artigiani), da cui discende l’obbligo del versamento alle Casse Edili/Edilcasse, aderiscono automaticamente al Fondo.

2. Per le figure impiegatizie permane lo stesso obbligo di adesione al Fondo ed i relativi versamenti avverranno preferibilmente attraverso il sistema Casse Edili/Edilcasse, o in subordine, direttamente al Fondo, nel rispetto delle seguenti indicazioni operative:



- a) le aziende sono tenute a versare la contribuzione alle Casse Edili/Edilcasce nelle ipotesi in cui l'impiegato sia dichiarato attraverso il sistema MUT o altro sistema equivalente.
- b) le aziende sono tenute a versare la contribuzione direttamente al Fondo, ai sensi del successivo art. 13, nelle ipotesi in cui l'impiegato sia dichiarato, anche per il tramite dei Consulenti del lavoro, attraverso l'apposito tracciato predisposto dal Fondo.

2. bis. Possono, altresì, aderire al Fondo:

- I. le Organizzazioni Sindacali e le Associazioni datoriali firmatarie dei Ccnl di cui all'art. 1 dello Statuto e le rispettive articolazioni territoriali che non applicano uno dei Contratti di cui all'articolo 1 dello Statuto.
- II. Gli Enti Paritetici del settore che non applicano uno dei Contratti di cui all'articolo 1 dello Statuto, sulla base di una specifica delibera degli Organi di amministrazione dei suddetti Enti, ove non sussistano o non operino diverse previsioni in merito.

3. Fermo restando quanto previsto dal precedente comma 2 lett. a), le Casse Edili/Edilcasce forniscono al Fondo, entro il giorno 15 del secondo mese successivo a quello di competenza, i dati ricavati dalle informazioni contenute nel sistema MUT o altro sistema equivalente. A tal fine le Casse, previa registrazione nell'area riservata del portale informatico del Fondo, sono tenute, con periodicità mensile, a caricare gli appositi file in formato CSV dei tracciati relativi alle contribuzioni sanitarie ricevute dalle imprese. Sempre entro il giorno 15 del secondo mese successivo a quello di competenza, le Casse Edili/Edilcasce versano al Fondo, tramite bonifico bancario, gli importi delle contribuzioni sanitarie ricevute dalle imprese. Il versamento di cui sopra dovrà essere effettuato tramite due distinti bonifici bancari: uno relativo alle contribuzioni afferenti gli operai, uno relativo alle contribuzioni afferenti gli impiegati, utilizzando come testo della causale dei rispettivi bonifici i codici alfanumerici generati automaticamente in sede di caricamento e convalida dei tracciati.

4. Fermo restando quanto previsto dal precedente comma 2 lett. b), le aziende, anche per il tramite dei Consulenti del lavoro, entro la fine del mese successivo a quello di competenza, previa registrazione nell'area riservata del portale informatico del Fondo, devono caricare il file in formato CSV dell'apposito tracciato standard relativo alle contribuzioni sanitarie dei soli dipendenti inquadrati come impiegati. Sempre entro la fine del mese successivo a quello di competenza, le imprese effettuano il versamento della relativa contribuzione sanitaria tramite bonifico bancario direttamente al Fondo ai sensi dell'art. 13 del presente regolamento.

5. Le disposizioni di cui ai precedenti commi 2 lett. b) e 4 e dell'art. 7 comma 3 interessano anche i lavoratori delle Parti Istitutive, degli Enti Paritetici e delle loro rispettive articolazioni territoriali.

6. Potranno essere utilizzate eventuali Convenzioni con l'Inps per il pagamento tramite F24.



ART. 3 DIRITTO DI ISCRIZIONE – ISCRITTI

1. L'iscrizione dei lavoratori dipendenti è automatica e si perfeziona con il versamento della contribuzione nelle modalità di cui al precedente art. 2 commi 1 e 2.

2. Sono iscritti automaticamente al Fondo i lavoratori dipendenti ai quali si applica uno dei Ccnl di cui all'art. 1) dello Statuto o che comunque siano dipendenti di imprese iscritte presso le Casse Edili ed Edilcasse costituite dalle Parti Istitutive.

3. Possono, altresì, essere iscritti al Fondo:

- i lavoratori autonomi del settore edile in forza di norme di legge e/o di contratto e i dirigenti che non abbiano un proprio Fondo sanitario negoziale di riferimento;
- i titolari delle imprese individuali e i familiari partecipanti alle imprese familiari di cui all'art. 230-bis del codice civile che applicano i Ccnl di cui all' art. 1 dello Statuto;
- i titolari, gli amministratori ed i soci delle società che applicano i Ccnl di cui all'art. 1 dello Statuto.

ART. 4 ASSISTENZA DEI CONSULENTI DEL LAVORO E DEI CENTRI SERVIZI

1. I Consulenti del lavoro e i Centri Servizi che svolgono attività di “paghe e contributi” per conto delle imprese edili, accedono alle informazioni sulla regolarità della contribuzione di spettanza del Fondo, secondo le seguenti modalità:

Aziende che versano direttamente al Fondo:

I Consulenti del lavoro e i Centri Servizi devono registrare singolarmente ogni azienda assistita nell'area riservata del portale web del Fondo.

Per ciascuna azienda registrata, vengono rilasciate credenziali di accesso specifiche, attraverso cui è possibile consultare le relative informazioni contributive.

Aziende che versano tramite MUT o altro sistema equivalente:

I Consulenti del lavoro operano per il tramite delle Casse Edili/Edilcasse territorialmente competenti, che rappresentano il canale abilitato alla gestione delle informazioni sulla regolarità contributiva verso il Fondo.

2. L'Ufficio Contributi del Fondo è il soggetto incaricato dei rapporti con i Consulenti del Lavoro e i Centri Servizi.

ART. 5 STRUMENTI DI GESTIONE PRESTAZIONI ISCRITTI

Gli Iscritti, lavoratori dipendenti di imprese edili e i loro familiari di cui all'art. 6, possono presentare richiesta di prestazione sanitaria o di rimborso spese alla Cassa Edile/Edilcassa territorialmente competente, individuata ai sensi del successivo art. 16, comma 2, avvalendosi dei seguenti canali:



- a) **portale web**: accedendo con le proprie credenziali personali all'Area Riservata disponibile sul sito istituzionale del Fondo: www.fondosanedil.it;
- b) **posta elettronica o posta raccomandata**: trasmettendo alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento il modulo di richiesta di prestazioni/rimborsi, debitamente compilato, unitamente alle copie della documentazione richiesta;
- c) **sportello**: presentando alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento il modulo di richiesta di prestazioni/rimborsi unitamente alle copie della documentazione richiesta;
- d) **facilitatori sindacali**: consegnando, al referente formalmente delegato, il modulo di richiesta di prestazioni/rimborsi, unitamente alle copie della documentazione richiesta.

ART. 6 NUCLEO FAMILIARE

1. Il Fondo, in relazione alle garanzie previste dai piani sanitari, eroga le prestazioni assistenziali anche in favore degli appartenenti al nucleo familiare dell'Iscritto, intendendosi per tale il coniuge fiscalmente a carico e risultante nello stato di famiglia e i figli fiscalmente a carico.

2. Per le finalità di cui al precedente comma 1, l'Iscritto, anche tramite facilitatore sindacale, è tenuto a presentare, in una delle modalità di cui all'art. 5, il modulo unico di rilevazione dati anagrafici, certificazione del nucleo familiare fiscalmente a carico, con il relativo consenso privacy.

3. Fermo restando quanto previsto dai commi 1 e 2, i familiari dei lavoratori dipendenti possono beneficiare dell'assistenza sanitaria integrativa a condizione che:

- il lavoratore iscritto risulti già censito nell'anagrafica del sistema informatico del Fondo, attraverso la presentazione del modulo debitamente compilato di cui al precedente comma 2, nonché regolarmente in copertura assicurativa;
- la registrazione del nucleo familiare non sia effettuata parzialmente; la registrazione di un componente del nucleo familiare fiscalmente a carico implica l'obbligatorietà di registrazione di tutti gli altri componenti fiscalmente a carico.

4. L'Iscritto è responsabile della veridicità dei dati riguardanti i propri familiari assicurabili e dichiara che essi sono in possesso dei requisiti sopra descritti. Il Fondo si riserva di effettuare direttamente o tramite propri incaricati verifiche rispetto alla corrispondenza dei requisiti, sia in fase di adesione sia in fase di sinistro. A questo fine, il Fondo o i propri incaricati si riservano la possibilità di richiedere documentazione aggiuntiva, come ad esempio lo stato di famiglia e la certificazione dei redditi. Eventuali dichiarazioni che risultino non veritiere, inesatte o reticenti, rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste, compromettono il diritto alla fruizione delle prestazioni sanitarie e implicano la restituzione anche di sinistri già rimborsati.



ART. 7 DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI

1. Per i lavoratori iscritti non è previsto il periodo di carenza e pertanto la copertura sanitaria e il relativo diritto alle prestazioni decorre dalla data di inizio del piano sanitario.
2. Nell'ipotesi di neo-assunzione di lavoratori con qualifica operaia, o impiegatizia con relativa registrazione al Fondo nelle modalità di cui all'art. 2 comma 2 lett. a), che comporti l'iscrizione in una fase successiva a quella di decorrenza del piano sanitario, la copertura sanitaria e le relative prestazioni decorrono dal giorno dell'assunzione del lavoratore.
3. Nell'ipotesi di neo-assunzione di lavoratori con qualifica impiegatizia da parte di aziende che versano la contribuzione direttamente al Fondo, che comporti l'iscrizione in una fase successiva a quella di decorrenza del piano sanitario, la copertura sanitaria e le relative prestazioni decorrono dal giorno successivo a quello di ricezione da parte del Fondo della comunicazione dei nominativi dei neoiscritti e dalla verifica del pagamento dei relativi contributi. A tal fine, le aziende, anche per il tramite dei propri Consulenti del lavoro, sono tenute a:
 - a) integrare con i nuovi nominativi, l'apposito tracciato del Fondo;
 - b) anticipare alla casella di posta elettronica contribuzioni@fondosanedit.it copia della distinta di versamento del bonifico effettuato.

ART. 8 SOSPENSIONE PRESTAZIONI E CONTRIBUZIONE PER ASPETTATIVA NON RETRIBUITA/CONGEDO STRAORDINARIO PER GRAVI MOTIVI FAMILIARI

1. Nei casi di mancata corresponsione della retribuzione dovuta ad assenze per aspettativa non retribuita/aspettativa sindacale non retribuita e congedo straordinario per gravi motivi familiari, si applica la sospensione della contribuzione. L'obbligo della contribuzione riprende dal momento della ripresa dell'attività lavorativa dell'iscritto.
2. Per gli eventi sospensivi di cui al precedente comma, possono essere stipulati appositi accordi, che prevedano la normale copertura contributiva e, quindi, il diritto per i lavoratori interessati al mantenimento delle prestazioni del Fondo.

ART. 9 SOSPENSIONE CAUTELARE – CESSAZIONE

1. Qualora il Fondo rilevi comportamenti fraudolenti degli Iscritti, finalizzati ad acquisire prestazioni e/o rimborsi non dovuti, dispone la sospensione dell'iscritto e contemporaneamente avvia specifici accertamenti. La sospensione viene comunicata all'Iscritto. Con la sospensione cessa, per il corrispondente periodo, il diritto alle prestazioni anche per le pratiche eventualmente in corso di liquidazione.
2. In caso di ripristino del diritto alle prestazioni, verrà riattivato, sin dal momento dell'inizio della sospensione, il corrispondente diritto alle prestazioni.



3. Il diritto alle prestazioni, oltre ai casi di sospensione, viene meno per:

- a) cessazione del rapporto di lavoro nel settore, salvo quanto previsto nel successivo comma 5;
- b) decesso dell'Iscritto;
- c) scioglimento, liquidazione o cessazione, per qualsiasi causa, del Fondo.

4. Nel caso sub a) di cui al precedente comma 3, che comporti uno stato di disoccupazione del lavoratore, la copertura assicurativa è garantita per i successivi tre mesi decorrenti dalla data di cessazione del rapporto di lavoro. L'estensione è esclusa in caso del raggiungimento alla pensione o in caso di nuova assunzione con altro datore di lavoro che applica un Ccnl diverso da quello edile.

5. Nel caso di cessazione dell'attività del datore di lavoro e di prosecuzione del rapporto lavorativo con altro datore di lavoro subentrante, che applica uno dei Ccnl di cui all'art. 1, la copertura assicurativa per il dipendente continua ad essere operante senza soluzione di continuità.

6. Il diritto al rimborso di eventuali prestazioni effettuate e non liquidate prima del decesso è trasferito agli eredi del dipendente deceduto.

7. L'uscita dal Fondo per passaggio alla qualifica di dirigente determina la cessazione dell'obbligo contributivo dell'impresa.

ART. 10 ANOMALIE CONTRIBUTIVE, ERRATI E OMESSI VERSAMENTI

1. Nel caso fossero rilevate anomalie o errori nella contribuzione, verranno attivate dal Fondo le procedure di correzione dell'errore di cui al successivo comma 3.

2. Gli operatori che effettuano le modifiche sono legalmente responsabili della correttezza delle informazioni inserite.

3. In caso di versamento errato che comporti la restituzione della contribuzione, il Fondo procederà secondo le seguenti modalità:

a) Le Imprese, Associazioni, Organizzazioni o Enti che versano direttamente al Fondo devono inviare tempestivamente una e-mail all'indirizzo contribuzioni@fondosanedit.it, indicando:

- l'importo da rimborsare;
- il periodo di competenza del versamento errato.

Dopo aver accertato l'anomalia, il Fondo provvederà a restituire le somme dovute.

b) Le Imprese che versano tramite Casse Edili/Edilcasse devono richiedere il rimborso alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento, che:

- verificherà l'anomalia;
- quantificherà l'importo da restituire e indicherà il relativo periodo di competenza;



- trasmetterà tali informazioni all'indirizzo contribuzioni@fondosanedil.it.

Dopo aver accertato l'anomalia, il Fondo provvederà a restituire le somme dovute alla Cassa territorialmente competente.

4. In caso di omessi o errati versamenti contributivi, il Fondo procederà al recupero degli importi dovuti, nel rispetto del termine di prescrizione previsto dall'art. 2948 del Codice Civile, secondo le seguenti modalità:

- il Fondo invierà una comunicazione formale, tramite PEC o raccomandata A/R, contenente anche la messa in mora dell'operatore economico inadempiente;
- in assenza di riscontro entro 15 giorni dalla ricezione della comunicazione, il Fondo attiverà le procedure di recupero del credito, anche mediante azioni legali.

5. In caso di mancato versamento di una o più quote contributive, l'operatore economico è obbligato al versamento per l'intero periodo mancante e alla regolarizzazione delle relative posizioni.

6. Gli importi giunti in ritardo e non più utili a dare copertura sanitaria e gli interessi di mora, se previsti, saranno contabilizzati in uno specifico fondo e interamente destinati alle prestazioni collettive.

ART. 11 CONTRIBUZIONE

1) Per gli Iscritti, il contributo contrattuale è calcolato su base mensile, con riferimento a 12 mensilità.

a) Per gli operai, anche in part-time, la contribuzione, da versare al Fondo per il tramite della Cassa Edile/Edilcassa territorialmente competente e presso la quale il singolo lavoratore è denunciato, è fissata nella misura dello 0,60% su un minimo di 120 ore sulle seguenti voci retributive:

- minimo
- contingenza
- edr
- its

Per gli operai, il versamento deve essere effettuato entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, tramite il Sistema delle Casse Edili/Edilcasse contestualmente al versamento di tutte le altre voci contrattuali.

b) Per gli impiegati, la contribuzione è fissata nella misura dello 0,26% sulle seguenti voci retributive:

- minimo
- contingenza
- edr
- premio di produzione



Nei casi di lavoratori impiegati in part-time o nelle ipotesi di lavoro intermittente, non è previsto il riproporzionamento del contributo in relazione al minor orario contrattuale e pertanto la contribuzione deve essere versata per intero.

Per gli impiegati, il versamento deve essere effettuato entro il mese successivo a quello di riferimento.

2. I versamenti si effettuano:

- per tutte le tipologie di rapporto di lavoro subordinato, senza alcuna eccezione in merito alla natura del rapporto di dipendenza;
- per i lavoratori in malattia, in maternità o in sospensione a seguito di attivazione di ammortizzatori sociali.

3. La contribuzione mensile da versare al Fondo afferente gli Iscritti di cui all'art.4 comma 2 dello Statuto del Fondo è definita sulla base di appositi accordi tra le Parti Istitutive.

ART. 12 DECORRENZA E CESSAZIONE DELLA CONTRIBUZIONE

1. Per i lavoratori con qualifica operaia, l'obbligo di contribuzione decorre dal mese di assunzione, indipendentemente dal giorno in cui essa avviene. La contribuzione è calcolata sempre sulla base delle ore effettivamente lavorate se superiori a 120; in caso contrario, deve essere comunque calcolata su un minimo di 120 ore.

2. Per i lavoratori con qualifica impiegatizia, l'obbligo di contribuzione decorre dal mese di assunzione, indipendentemente dal giorno in cui questa avviene, ed è dovuto per l'intero importo mensile.

3. Con riferimento ai lavoratori di cui ai commi 1 e 2, nel caso di cessazione o sospensione del rapporto di lavoro nel corso del mese, l'obbligo di contribuzione è riferito a tutto il mese.

ART. 13 CONTRIBUZIONE DIRETTA – TERMINI DI VERSAMENTO

Ciascun datore di lavoro, nei casi di contribuzione diretta al Fondo, dovrà effettuare il relativo versamento tramite bonifico bancario a favore del Fondo, entro e non oltre l'ultimo giorno del mese successivo a quello di competenza, indicando nella causale esclusivamente i codici alfanumerici generati automaticamente in sede di caricamento e convalida dei tracciati.

ART. 14 PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL FONDO

1 L'Iscritto ha diritto alle coperture assicurative e quindi all'erogazione delle prestazioni solo nel caso di regolarità contributiva dell'impresa.



2. Il dettaglio e le modalità di accesso alle prestazioni sono contenute nelle Guide, nelle Mini Guide ai Piani Sanitari e nelle Guide alle Prestazioni in autogestione, pubblicate sul sito www.fondosanedil.it, che costituiscono parte integrante del presente Regolamento.

ART. 15

PRESTAZIONI NON RIMBORSABILI – DECADENZA DAL DIRITTO AL RIMBORSO

1. Tutto quanto non contemplato o espressamente escluso dal piano sanitario, nomenclatore e dal tariffario non è rimborsabile.
2. La richiesta di rimborso di una prestazione sanitaria deve essere presentata, a pena di decadenza, entro 24 mesi dalla data riportata nel documento di spesa.

ART. 16

PRESTAZIONI E RIMBORSI – COMPETENZA GESTIONE RICHIESTE

1. Le prestazioni sanitarie devono essere erogate prioritariamente attraverso la rete convenzionata. L'Iscritto può richiedere il rimborso delle spese mediche sostenute solo se ricorrono le condizioni previste dai Piani Sanitari.
2. Per richiedere una prestazione in rete convenzionata o il rimborso di una spesa medica sostenuta, l'Iscritto dipendente di un'impresa edile deve rivolgersi alla Cassa Edile o Edilcassa territorialmente competente ossia quella alla quale viene versato il contributo. Se il versamento contributivo è effettuato direttamente al Fondo, l'Iscritto deve rivolgersi alla Cassa Edile o Edilcassa del territorio in cui ha sede operativa la propria unità lavorativa.
3. L'Iscritto lavoratore dipendente di una Associazione Datoriale, Organizzazione Sindacale o di un Ente Paritetico, per richiedere una prestazione in rete convenzionata o il rimborso di una spesa medica sostenuta, deve rivolgersi all'Ufficio Prestazioni del Fondo.

ART. 17

GESTIONE RECLAMI

1. Nel caso in cui le prestazioni sanitarie siano erogate direttamente dal Fondo (modalità autoassicurata), gli Iscritti o beneficiari che intendano contestare decisioni relative a:

- l'effettività della prestazione;
- la quantificazione o l'erogazione delle somme dovute;

possono presentare ricorso scritto al Fondo, inviando apposita istanza all'indirizzo e-mail reclami@fondosanedil.it, corredata da:

- Nome, Cognome e Codice Fiscale dell'Iscritto o beneficiario;
- Numero del sinistro o riferimento della pratica;
- Oggetto e motivazione del ricorso;
- Eventuale documentazione a supporto.



Per conoscenza, il ricorso dovrà essere inviato anche alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento.

Il Fondo provvederà a istruire la pratica e a sottoporla alla valutazione dell'Ufficio competente. L'esito sarà comunicato entro 30 giorni dal ricevimento, salvo richiesta di integrazioni o particolari complessità.

2. Nel caso le prestazioni sanitarie siano erogate tramite Compagnia Assicuratrice con cui il Fondo ha stipulato specifica convenzione o polizza collettiva (modalità assicurata), eventuali ricorsi relativi a:

- mancato riconoscimento della prestazione;
- parziale liquidazione;
- ritardo nell'erogazione;

devono essere presentati direttamente alla Compagnia Assicuratrice Unisalute:

- Ufficio reclami - via Larga, 8 - 40138 Bologna;
- E- mail: **reclami@unisalute.it**.

Per conoscenza, il ricorso dovrà essere inviato anche al Fondo, indirizzo e-mail: **reclami@fondosanedil.it** e alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento.

Il Fondo, pur non assumendo responsabilità diretta sull'esito del ricorso (che è di esclusiva competenza della Compagnia), potrà:

- monitorare la gestione della pratica da parte dell'assicuratore;
- intervenire, se ritenuto opportuno, nei limiti contrattuali, per promuovere eventuali riesami o approfondimenti da parte della Compagnia.

Il Fondo qualora rilevi elementi di criticità o difformità nella gestione, potrà attivare specifici canali di confronto con l'assicuratore, nell'ambito delle prerogative previste dagli accordi in essere.

ART. 18 PRIVACY

Tutti i dati relativi alle aziende, agli Iscritti e ai componenti del relativo nucleo familiare, saranno trattati dal Fondo in qualità di Titolare del trattamento, secondo le modalità ed entro i limiti previsti dal Regolamento EU 2016/679 in vigore.

