

**Regolamento applicativo dello Statuto di
FONDO SANITARIO APERTO PREVISALUTE - SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO**

Art. 1 – Ammissione dei soci

Possono richiedere l'ammissione a FONDO SANITARIO APERTO PREVISALUTE - SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO (d'ora innanzi indicata come PREVISALUTE o Mutua), quali Soci (d'ora innanzi indicati anche come Associati), tutte le persone fisiche o giuridiche che ne abbiano statutariamente diritto e che ne facciano richiesta alla Mutua e che:

- non abbiano già compiuto 75 anni d'età;
- abbiano contestualmente aderito ad un Fondo Sanitario identificato dalla Mutua per l'erogazione di coperture dentarie, salvo che non sia diversamente stabilito;

in ogni caso con riserva da parte del Consiglio di Amministrazione (d'ora innanzi anche Cda) della Mutua, di rifiutarne, se del caso, l'accoglimento.

Art. 2 - Adesione

Per l'ammissione alla Mutua, l'aspirante Socio dovrà:

- a) sottoscrivere la domanda di ammissione redatta su apposito modulo predisposto dalla Mutua e allegando contestualmente la domanda di ammissione al Fondo Sanitario di cui all'art. 1;
- b) rispettare l'impegno a pagare i contributi associativi e versare contestualmente la quota d'iscrizione e la quota associativa nella misura stabilita dal Consiglio di amministrazione.

Nel caso in cui, per alcune categorie di Soci, non sia prevista la compilazione di una apposita domanda di ammissione da parte della Mutua, l'aspirante Socio dovrà fare richiesta scritta di ammissione, indirizzandola alla sede della Mutua.

Art. 3 – Iscrizione nel Libro dei soci

Il Consiglio di Amministrazione, salvo i casi in cui ritenga di non poter accogliere la domanda di adesione, provvederà ad iscrivere il nominativo del nuovo Socio, all'interno del libro dei Soci relativo. Se il Consiglio di Amministrazione non dovesse accettare, per qualsiasi motivo, la domanda di ammissione comunicherà all'aspirante Socio, entro 60 giorni dalla deliberazione consigliare di rigetto, le motivazioni della mancata accettazione a mezzo e-mail, fax o lettera raccomandata.

L'aspirante Socio potrà comunque riproporre una nuova domanda di ammissione solo dopo aver rimosso i motivi della mancata accettazione.

La data d'iscrizione decorre dalla data di sottoscrizione del modulo di adesione alla Mutua.

4 - Conoscenza dello Statuto e del Regolamento applicativo

Il Socio deve attenersi scrupolosamente a tutte le norme e prescrizioni contenute nello Statuto sociale e nel Regolamento applicativo, nonché a tutte le delibere regolarmente assunte dagli organi statutari.

All'atto della domanda di ammissione, l'aspirante Socio si impegna a prendere conoscenza delle norme contenute nello Statuto sociale e nel Regolamento applicativo vigente.

Art. 5 – Fondi Speciali

Ai fini puramente solidaristici il Consiglio di Amministrazione, a suo insindacabile giudizio, potrà deliberare la costituzione di fondi speciali con destinazione vincolata, dai quali prelevare somme da destinare ad enti, società ed Istituti di ricerca in campo sanitario, di studio in campo mutualistico, di beneficenza, di volontariato, operanti sia sul territorio nazionale che nel resto del Mondo.

Art. 6 – Categorie di Soci

I Soci della Mutua, si articolano nelle categorie sotto indicate, definite nello Statuto di PREVISALUTE, cui corrispondono diversi diritti e obblighi:

Socio Ordinario (Persona Fisica o Giuridica)

Socio Sostenitore (Persona Fisica o Giuridica)

Socio Onorario (Persona Fisica o Giuridica).

Art. 7 – Ammissione e Quote dei soci Ordinari

Possono richiedere l'ammissione alla Mutua, quali Soci Ordinari:

- tutte le persone fisiche residenti in Italia al momento della sottoscrizione, ma anche più generalmente nell'Unione Europea, che non abbiano già compiuto 75 anni e che ne facciano richiesta per sé stessi e/o per il proprio nucleo familiare e che abbiano contestualmente aderito al Fondo Sanitario di cui all'art. 1;
- altre società di Mutuo Soccorso, a condizione che i membri, persone fisiche di queste, siano beneficiari delle prestazioni assicurate da RBM Assicurazione Salute S.p.A. o da Compagnie dalla stessa partecipate;
- Fondi Sanitari Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, enti, casse e società di

mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, che beneficino mediante apposito Accordo Quadro all'uopo stipulato con Previsalute di Piani Sanitari di natura collettiva - ad adesione obbligatoria e/o volontaria - assicurati da RBM Assicurazione Salute S.p.A.. L'ammissione a Socio Ordinario può essere richiesta:

- sottoscrivendo la domanda di ammissione fornita da PREVISALUTE e allegando contestualmente la domanda di ammissione al Fondo Sanitario di cui all'art. 1;
- pagando la quota d'iscrizione e la quota associativa fissata dalla Mutua (da pagare in un'unica rata alla sottoscrizione della domanda di ammissione a Socio e successivamente alla scadenza annuale della stessa in base alla data di decorrenza stabilita dal CdA), il cui ammontare è stabilito come segue, salvo diverse intese convenute tra le Parti:

- € 15,00, come quota d'iscrizione *una tantum* per ogni testa assicurata;
- € 10,00, come quota associativa annuale per ogni testa assicurata;

Il Consiglio di Amministrazione potrà disporre che tali oneri siano anticipati dalla Compagnia risk carrier.

- pagando il contributo associativo di riferimento.

Art. 8 – Contributo associativo

I Soci Ordinari devono versare direttamente i contributi alla Mutua con le modalità e nella misura prevista dal Piano Sanitario di riferimento.

Il Socio Ordinario in virtù della adesione alla Mutua e al pagamento del contributo associativo di riferimento avrà diritto alle prestazioni previste dal suo Piano Sanitario. La Mutua, fatti salvi eventuali diversi accordi con la Compagnia, provvederà al versamento dei premi in favore di quest'ultima con frequenza:

- semestrale posticipata, in relazione ai piani sanitari ad adesione collettiva;
- trimestrale posticipata, in relazione ai piani sanitari ad adesione individuale.

Art. 9 – Convenzioni

Il Presidente personalmente, o con delega ad altro membro del Consiglio di Amministrazione, può stipulare convenzioni per l'associazione collettiva di persone fisiche provenienti da aziende, mutue, cooperative, associazioni, enti, derogando alle norme del presente regolamento sulle modalità di ammissione a socio, sui periodi di carenza, sulle prestazioni garantite e quant' altro ad essi collegato, salvaguardando comunque tutti i principi dello statuto sociale.

Art. 10– Decorrenza e durata della iscrizione a libro soci

Tutte le domande di ammissione che perverranno alla Mutua decorreranno dal giorno della sottoscrizione del modulo di adesione.

Il Consiglio di Amministrazione delibererà l'eventuale rifiuto per le nuove domande di ammissione.

L'adesione del Socio si intende sempre tacitamente rinnovata di anno in anno, ove non intervenga revoca per iscritto del Socio stesso, così come determinato dal successivo art. 13.

Eventuali eccezioni al tacito rinnovo verranno regolamentati dalla Mutua con apposite deliberazioni del Consiglio di Amministrazione.

La decorrenza della copertura è disciplinata dal Piano Sanitario di riferimento ed è in ogni caso subordinata al regolare versamento della contribuzione.

Art. 11– Limite di età

Tutti i Soci della Mutua (persone fisiche) in regola con il pagamento della quota associativa ove prevista e del contributo associativo di riferimento, potranno attivare le garanzie previste dal proprio Piano Sanitario, salvo il superamento dei limiti di età previsti dal Piano Sanitario di riferimento.

Art. 12 – Pagamento dei contributi associativi

Il pagamento dei contributi associativi può essere effettuato direttamente alla Mutua solo attraverso le modalità previste dal Piano Sanitario di riferimento.

In caso di ritardo nel pagamento dei contributi associativi, la Mutua non è tenuta ad avvisare i soci della scadenza del pagamento dei contributi associativi. Eventuali solleciti al pagamento inviati al Socio, potranno essere effettuati nel solo interesse del Socio ed al fine di agevolare il funzionamento amministrativo della Mutua.

Per ogni versamento dei contributi associativi, mediante addebito SEPA Direct Debit CORE (SDD) non andato a buon fine, la Mutua si riserva la facoltà di richiedere il pagamento delle commissioni bancarie relative e per la richiesta di nuovo addebito.

In tutti i casi, sarà data sempre adeguata evidenza delle modalità di pagamento, sia nei moduli di richiesta di ammissione, che nelle eventuali Convenzioni.

Art. 13 – Cessazione dalla qualifica di Socio

Il Socio ha diritto di recesso dalla Mutua sulla base di quanto previsto dal Piano Sanitario di riferimento. Il recesso deve essere comunicato con raccomandata A/R entro e non oltre il 31 agosto di ogni anno.

Il Socio receduto non ha diritto alla restituzione di alcuna quota del fondo sociale, né di alcuna somma precedentemente versata.

Con il recesso termina immediatamente il diritto ai sussidi, prestazioni e assistenze mutualistiche.

Il Socio receduto potrà rientrare a far parte della Società, per non più di due volte e, in ogni caso, soltanto come nuovo socio, osservando tutte le disposizioni del Piano Sanitario di riferimento riguardanti le nuove ammissioni.

La sua anzianità verrà in tal caso computata dal giorno della sua riammissione.

La cessazione della qualifica di Socio del Fondo Sanitario di cui all'art. 1 comporta l'automatica decadenza dalla qualità di socio della Mutua.

Nell'ipotesi in cui il Consiglio di Amministrazione della Cassa disponga l'immediata esclusione dell'Associato dalla Cassa per accertamento di comportamenti dolosi, il provvedimento di esclusione dovrà essere notificato mediante lettera raccomandata A/R all'associato stesso.

Art. 14 – Familiari del Socio avente diritto

Sono aventi diritto alle garanzie nascenti dal Piano Sanitario di riferimento i componenti del nucleo familiare del Socio come individuati nel Piano Sanitario di riferimento, ove inseriti in copertura con le modalità previste dal Piano stesso.

Art. 15 – Perdita del diritto alle prestazioni per morosità. Decadenza dalla qualifica di Socio

Al Socio, in ritardo con i pagamenti anticipati dei contributi associativi, non spettano:

- a) le prestazioni - nessuna esclusa - maturate per eventi verificatisi dal primo giorno del mese in cui è divenuto moroso;
- b) le prestazioni - nessuna esclusa - maturate per eventi verificatisi antecedentemente al primo giorno di morosità e, a tale data richieste, non ancora liquidate dalla Mutua, sino alla concorrenza massima dell'importo dei contributi associativi per il quale il Socio risulta moroso, maggiorato degli interessi di mora al tasso legale corrente maturati dal primo giorno di morosità.

Se il Socio sana interamente - per capitale e per interessi di mora maturati - la predetta morosità entro quanto stabilito dal Piano Sanitario di riferimento, dalla avvenuta scadenza, avrà diritto a:

- le prestazioni determinate da eventi verificatisi dopo la sanatoria;
- le prestazioni di cui al precedente comma, lettera b).

In ogni caso, se la morosità, supera i giorni previsti dal Piano Sanitario di riferimento per sanare la morosità, il Socio decade *ipso jure* da tale qualifica con ogni conseguente effetto, ivi compresa l'esclusione dalla qualifica di Socio e la sua cancellazione dal libro dei Soci. In tale ultima ipotesi il Socio decade dal diritto per qualunque prestazione.

In caso di decesso del Socio, se questo avviene nel primo giorno di ritardo per il pagamento del contributo anticipato dei contributi associativi, o comunque successivamente, agli eredi non spettano le prestazioni eventualmente maturate dal Socio in vita.

Art. 16 – Conservazione delle ricevute

La Mutua ogni anno emetterà a favore del Socio la ricevuta fiscale di tutti i versamenti effettuati dallo stesso per tutti i contributi associativi e quote associative ove previste versati nell'anno precedente.

Tutte le ricevute dei versamenti dei contributi associativi dovranno essere conservate dal Socio a comprova dei pagamenti effettuati, entro il termine di prescrizione di cinque anni.

Art. 17 – Obbligo di notifica dati

Al fine di poter godere delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario prescelto per i loro aventi diritto, tutti i Soci devono necessariamente notificare, all'atto della richiesta di ammissione, il proprio stato di famiglia e la propria residenza.

Nel caso di variazione della consistenza familiare e/o della residenza dovrà prodursi idonea certificazione anagrafica, entro 60 giorni dall'avvenuta variazione, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni.

La Mutua si riserva il diritto di poter richiedere in ogni circostanza la presentazione dello stato di famiglia anagrafico e di ogni altra documentazione ritenuta utile e/o necessaria per l'erogazione delle prestazioni previste dal Piano Sanitario prescelto.

Art. 18 – Documentazione richiesta per l'accesso alle prestazioni del Piano Sanitario (richieste di rimborso in forma diretta e/o indiretta e di indennizzo)

La Mutua stabilisce nel rispetto dello Statuto sociale e del Regolamento la documentazione necessaria da produrre a supporto di ciascuna richiesta di accesso alle prestazioni garantite dal Piano Sanitario.

Il Socio, con la domanda di ammissione, prende coscienza che la Mutua può richiedergli tutta la documentazione, anche antecedente la domanda di ammissione, che ritiene

opportuna a conferma della validità della prestazione richiesta.

Tale documentazione può essere richiesta anche d'iniziativa dalla Mutua agli enti competenti al relativo rilascio.

La mancata o incompleta presentazione della documentazione può comportare l'impossibilità di procedere all'erogazione della prestazione.

Art. 19 – Trattamento dei dati personali - Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione, il Socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Mutua ai sensi Regolamento UE 2016/679 (GDPR), e successive modifiche e integrazioni, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa.

Art. 20 – Conformità della documentazione richiesta

All'atto dell'attivazione del proprio Piano Sanitario, il Socio deve allegare alla domanda tutti i documenti previsti per la prestazione richiesta.

Tutti i documenti allegati devono risultare aggiornati e conformi a quanto richiesto e tutta la documentazione di spesa eventualmente sostenuta deve essere prodotta in fotocopia ed essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.

Non sono ammessi documenti che presentino correzioni e/o cancellature.

Nell'ipotesi di presentazione di documenti corretti, cancellati o comunque artefatti, il Socio decade dal diritto alla prestazione cui tali documenti si riferiscono.

Art. 21 – Esclusione di responsabilità della Mutua per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati

La Mutua è da ritenersi esclusa da ogni responsabilità anche indiretta, a qualsiasi titolo, nessuno escluso, per eventuali danni arrecati al Socio e/o ai propri aventi diritto a seguito delle prestazioni (in particolare quelle sanitarie) erogate presso strutture o da professionisti convenzionati con la Mutua o con società incaricata a erogare servizi di network sanitario e servizi di gestione delle pratiche di rimborso sia in forma diretta che indiretta.

Art. 22 – Modifiche deliberate dal Consiglio di amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione, nei casi di particolare necessità, può deliberare modifiche al Regolamento applicativo.

Art. 23 – Operatività della Mutualità

Le prestazioni fornite dalla Mutua sono operanti nei termini previsti dal Piano Sanitario scelto e sottoscritto dal Socio. Pertanto la decorrenza delle prestazioni, l'oggetto dei servizi e delle prestazioni, i massimali, i rimborsi, le quote di spesa a carico dell'Associato, i casi di non operatività delle prestazioni e la disciplina dei rimborsi relativi a malattie preesistenti all'iscrizione, sono regolamentati dal Piano Sanitario effettivamente scelto dal Socio.