

Regolamento applicativo dello Statuto di

FONDO SANITARIO APERTO PREVISALUTE - SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO adottato a seguito di delibera assembleare del 18/05/2026

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, tutte le persone fisiche, Enti, Associazioni, persone giuridiche che ne abbiano statutariamente diritto e ne facciano richiesta alla Mutua e che:

- aderiscano ad un Piano sanitario proposto dalla Mutua per sé stessi e/o per i propri familiari,
- per Enti, Associazioni, persone giuridiche a condizione che i membri, persone fisiche di queste, aderiscano ad un Piano sanitario proposto dalla Mutua.

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;
- b) rispettare l'impegno a versare la quota sociale d'iscrizione e la quota associativa annua nella misura stabilita dal presente Regolamento, come indicato al successivo art.7 ed i contributi associativi del Piano sanitario di riferimento.

Art. 3 – Iscrizione nel Libro dei soci

L'iscrizione a libro soci è subordinata alla delibera di ammissione da parte del Consiglio di Amministrazione, con possibilità di delega ad uno o più Amministratore/i Delegati o al Comitato esecutivo a tal fine delegato/i che esaminerà, entro il termine di ciascun mese solare, le domande pervenute alla Mutua entro il giorno 15 dello stesso mese.

La data di decorrenza del rapporto sociale è il 1^o giorno del mese successivo a quello in cui è assunta la delibera.

Le domande pervenute dopo il giorno 15 del mese saranno esaminate nel corso della successiva riunione del Consiglio di Amministrazione o della verifica da parte di uno o più Amministratore/i Delegati o del Comitato esecutivo a tal fine delegato/i.

Il Consiglio di Amministrazione, o uno o più Amministratore/i Delegati o il Comitato esecutivo a tal fine delegato/i, 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, indicando, tra gli altri, la quota sociale e la data di decorrenza del rapporto sociale.

Fondo Sanitario Aperto PREVISALUTE – Società di Mutuo soccorso

Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV) – Loc. Borgo Verde

C.F.: 94150010265

Qualora successivamente dovesse risultare che il Socio non abbia versato la quota sociale, verrà escluso dal Consiglio di Amministrazione con efficacia ex tunc.

Se il Consiglio di Amministrazione, o uno o più Amministratore/i Delegati o il Comitato esecutivo a tal fine delegato/i, non dovesse accettare, per qualsiasi motivo, la domanda di ammissione comunicherà all'aspirante Socio, entro 60 giorni dalla deliberazione di rigetto, le motivazioni della mancata accettazione a mezzo e-mail o lettera raccomandata.

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

Art. 4 - Conoscenza dello Statuto e del Regolamento

Il Socio deve attenersi scrupolosamente a tutte le norme e prescrizioni contenute nello Statuto sociale e nel Regolamento, 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 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 del modulo che aderiscano ad un Piano sanitario proposto dalla Mutua per sé stessi e/o per i propri familiari;
- altre società di Mutuo Soccorso, a condizione che i membri, persone fisiche di queste, siano beneficiari delle prestazioni erogate da un Piano sanitario proposto dalla Mutua;

- Fondi Sanitari Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, enti, casse aventi esclusivamente fine assistenziale, che beneficino mediante apposito Accordo all'uopo stipulato con Previsalute di Piani Sanitari di natura collettiva.

L'ammissione a Socio Ordinario può essere richiesta:

- sottoscrivendo la domanda di ammissione;
- pagando la quota sociale d'iscrizione e la quota associativa annua fissata dalla Mutua (da pagare entrambe in misura intera ed in un'unica rata contestualmente al pagamento della prima rata di contributi di cui al Piano sanitario e successivamente, solo per la quota associativa, alla scadenza della prima rata della nuova annualità), il cui ammontare è stabilito come segue:
 - € 10,00, come quota sociale d'iscrizione una tantum per ogni Socio che costituirà, a bilancio, patrimonio sociale della Mutua;
 - € 5,00, come quota associativa annuale per ogni Socio che costituirà, a bilancio, provento economico della Mutua.

I Soci già iscritti alla data di decorrenza del presente Regolamento, dovranno versare la quota sociale di iscrizione in occasione del primo rinnovo del Piano Sanitario.

Le quote non saranno, in nessun caso, oggetto di restituzione al Socio.

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 decorrenza delle prestazioni è disciplinata dal Piano sanitario di riferimento e, comunque, non può essere anteriore alla data di decorrenza del rapporto sociale.

Art. 9 – Limite di età

Tutti i Soci della Mutua (persone fisiche) in regola con il pagamento della quota sociale, della quota associativa annuale 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. 10 – 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.

Art. 11 – Gestione delle morosità

Al Socio, in ritardo con i pagamenti 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.

Se il Socio sana interamente la predetta morosità avrà diritto a:

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

In caso di decesso del Socio, il Piano Sanitario cessa alla data di morte oppure, in caso di morosità alla data di morte, dal primo giorno del periodo impagato.

Art. 12 – Recesso e decadenza del Socio ordinario persona fisica

Il Socio ordinario persona fisica ha diritto di recesso dalla Mutua esercitando la disdetta del Piano Sanitario di riferimento che va comunicata con le modalità ivi previste.

Il Socio ordinario persona fisica decade dalla sua qualifica in assenza di un Piano Sanitario attivo. Il Socio receduto o decaduto non ha diritto alla restituzione della quota sociale, delle quote associative annue e dei contributi associativi, salvo per questi ultimi quanto diversamente disposto dal Piano sanitario.

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

Con specifico riferimento al Socio ordinario persona giuridica, si precisa che esso perde la qualità di Socio quando vengano meno tutti i beneficiari di Piano Sanitario ad esso riferito.

ART. 13 - Esclusione

In caso di:

- a) inadempienza o inosservanza da parte del Socio dello Statuto e del Regolamento;
- b) comportamenti del Socio dannosi in genere per la Mutua e il suo funzionamento;
- c) simulazione del verificarsi delle condizioni per ottenere i sussidi e le prestazioni della Mutua;

il Consiglio d'Amministrazione invia una diffida al Socio mediante raccomandata AR/PEC entro 60 giorni dall'accertamento dell'evento; il Socio può riscontrare la contestazione con le medesime formalità entro i successivi 30 giorni; ricevuta la comunicazione da parte del Socio o decorsi inutilmente i termini, il Consiglio d'Amministrazione delibera l'esclusione del Socio o accerta il venire meno della causa.

In caso di:

- d) morosità del Socio nel pagamento della quota sociale di iscrizione, della quota associativa annua e dei contributi associativi.

al di fuori dei casi di cui al precedente articolo 11, con riferimento alla quota sociale di iscrizione, qualora non risulti versata entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura sanitaria del Socio, il Consiglio d'Amministrazione provvederà alla sua esclusione alla prima riunione programmata, con effetto ex tunc.

Con riferimento alla quota associativa annua ed ai contributi associativi, qualora non risultino versati da oltre 6 mesi, il Piano sanitario cesserà ed il Consiglio d'Amministrazione provvederà alla esclusione del Socio alla prima riunione programmata, con effetto dalla prima rata impagata.

Qualora fossero state erogate prestazioni per il periodo non pagato, il Socio deve rimborsare le prestazioni non dovute oppure versare il debito contributivo per il periodo scoperto.

Il Socio escluso dalla Mutua non ha diritto alla restituzione della quota sociale, delle quote associative annue e dei contributi associativi, salvo per questi ultimi quanto diversamente disposto dal Piano sanitario.

Art. 14 – Familiari del Socio avente diritto

Sono aventi diritto alle garanzie nascenti dal Piano Sanitario di riferimento, ed assumono la qualifica di Beneficiari, i familiari del Socio come individuati nel Piano Sanitario di riferimento, ove inseriti in copertura con le modalità previste dal Piano stesso.

Al fine di poter godere delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario prescelto, il Socio comunica, all'atto della richiesta di ammissione, il proprio stato di famiglia e la propria residenza e i dati personali dei Beneficiari.

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. 15 – 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 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 atto 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 altresì essere richiesta ad 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. 16 – Conformità della documentazione richiesta

Per la fruizione 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 manipolati, cancellati o comunque artefatti, il Socio decade dal diritto alla prestazione cui tali documenti si riferiscono.

Art. 17 – 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. 18 – Modifiche al Regolamento

Le modifiche al presente Regolamento devono essere approvate dall’Assemblea dei Soci.

Art. 19 – 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 del Socio, 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.

Art. 20– Applicazione del Regolamento

Il presente testo viene adottato a seguito di delibera assembleare del 18/05/2026 e decorre dall'01/06/2026.