

REGOLAMENTO
MITUTELA SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
ENTE DEL TERZO SETTORE
VERSIONE A DECORRERE DAL 29/03/2019

Art. 1 – Regolamento

Il presente Regolamento Applicativo è emanato dal Consiglio di Amministrazione di MITUTELA Società di Mutuo Soccorso Ente del Terzo Settore (d'ora innanzi indicata come Mutua MiTutela) ai sensi dell'art. 16, punto b) dello Statuto e ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Il Regolamento comprende le norme per il funzionamento della Mutua MiTutela e le modalità operative per l'erogazione agli associati delle prestazioni di cui all'art. 4 dello Statuto.

Art. 2 – Ammissione dei soci

Possono richiedere l'ammissione alla Mutua MiTutela, in qualità di Soci, tutti i soggetti indicati all'Art. 6 dello Statuto, che ne facciano richiesta a Mutua MiTutela. Tutte le richieste devono pervenire al Consiglio di Amministrazione con apposita domanda di ammissione mediante raccomandata a.r., comunicazione PEC, fax o altro mezzo equipollente. Nel caso di socio minorenni alla domanda di adesione sottoscritta da uno dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale deve essere allegata copia dello stato di famiglia o autocertificazione sostitutiva.

Art. 3 – Modalità di adesione

Le domande di adesione devono essere compilate sull'apposito modulo, completato con tutte le informazioni richieste. Le domande devono essere accompagnate dalla ricevuta del versamento della quota di iscrizione e del contributo associativo, come fissato dal Consiglio di Amministrazione; nonché dell'autocertificazione, ai sensi di legge, con le indicazioni della composizione del nucleo familiare (v. Art. 7) al quale estendere il beneficio delle prestazioni. In luogo dell'autocertificazione può essere prodotto il certificato dello stato famiglia o di residenza.

Art. 4 – Iscrizione nel Libro dei soci

Il Consiglio di Amministrazione, una volta accettata la domanda di ammissione, provvederà ad iscrivere il nominativo del nuovo Socio, nel Libro dei Soci.

Qualora la domanda di ammissione presentata dai soggetti di cui all'articolo 6 dello Statuto venga respinta dal Consiglio di Amministrazione, ai sensi del medesimo articolo, al soggetto cui è stata negata l'iscrizione verranno prontamente restituiti l'ammontare della quota d'iscrizione ed i contributi associativi eventualmente già corrisposti.

Art. 5 – 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.

All'atto della domanda di ammissione, l'aspirante Socio si impegna a prendere conoscenza ed a rispettare le norme contenute nello Statuto sociale, nel Regolamento applicativo vigente (nonché a tutte le delibere regolarmente assunte dagli organi statutari ed alle comunicazioni dirette ai Soci) e nei *Wording* dei Piani Sanitari da lui prescelti e sottoscritti in fase di domanda di adesione.

La Mutua MiTutela garantisce la messa a disposizione di tutta la documentazione sociale dovuta in favore del Socio e si impegna inoltre ad inviare al Socio avvisi e comunicazioni inerenti modifiche dell'organizzazione sociale, messa a disposizione di nuovi servizi e, più in generale, ogni informazione utile e significativa riguardante la Mutua MiTutela medesima. Le comunicazioni saranno inviate prevalentemente all'indirizzo e-mail o, su esplicita richiesta del Socio, all'indirizzo di residenza/domicilio, indicati dal Socio nell'apposita Domanda di Adesione (v. Art. 3). Sarà pertanto cura del Socio comunicare tempestivamente a Mutua MiTutela eventuali variazioni della residenza, del domicilio o dell'indirizzo e-mail.

Art. 6 – Quota di iscrizione e contributo associativo

Il Consiglio di Amministrazione, entro il 30 settembre, delibera la misura della quota di iscrizione e dei contributi associativi a valere dal 1° gennaio dell'anno successivo. La quota d'iscrizione è dovuta sia all'atto della domanda d'iscrizione che annualmente. Con la medesima delibera il Consiglio di Amministrazione individua i termini e le modalità di pagamento delle quote annuali e dei contributi associativi.

Copia del bonifico relativo al pagamento della quota di iscrizione e del contributo associativo deve essere allegata alla domanda di ammissione/adesione. In assenza di tale attestazione di pagamento il Consiglio di Amministrazione provvede a respingere la domanda ai sensi dell'art. 6 dello Statuto.

In nessun caso la Mutua MiTutela potrà anticipare alcun contributo per conto dei propri soci.

La Mutua MiTutela declina ogni responsabilità nei confronti di chiunque per la non operatività delle prestazioni a causa del mancato pagamento della quota di iscrizione e dei contributi associativi entro i termini e con le modalità stabilite. In tal caso le eventuali responsabilità saranno esclusivamente imputate ai soci inadempienti. Ciò non dovrà in nessun modo interferire con le posizioni degli altri soci.

Il Consiglio di Amministrazione potrà stabilire procedure e modalità diverse per il versamento dei contributi associativi con riferimento a particolari categorie di soci.

Art. 7 – Definizione di nucleo familiare

Ai fini delle assistenze sanitarie il nucleo familiare si intende composto: dal richiedente l'iscrizione alla Mutua MiTutela; dal coniuge del richiedente, dal soggetto unito civilmente con il richiedente ai sensi della legge n. 76/2016, dal convivente di fatto con il richiedente ai sensi della legge n. 76/2016, dai figli fiscalmente a carico del richiedente anche se non conviventi.

A comprova del proprio nucleo familiare il richiedente dovrà produrre, certificato di stato di famiglia o di residenza, ovvero autocertificazione ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, della condizione di famiglia legittima o di fatto. In caso di richiesta di estensione del rapporto associativo al convivente di fatto, il rapporto di convivenza dovrà essere provato tramite autocertificazione attestante la medesima residenza al momento della richiesta di iscrizione. L'estensione del beneficio delle prestazioni erogate dalla Mutua al nucleo familiare del richiedente si considera correttamente perfezionato con decorrenza dal 10° giorno successivo alla data della domanda, salvo delibera del Consiglio d'amministrazione con la quale la richiesta sia respinta per giustificati motivi.

Art. 8 – Piani Sanitari

Per l'assistenza sanitaria (integrativa del servizio nazionale) Mutua MiTutela ha predisposto per i Soci aventi diritto, quattro Piani Sanitari denominati: Mutua MiTutela BASE, Mutua MiTutela MEDIUM, Mutua MiTutela TOP, Mutua MiTutela VIP, le prestazioni ed i limiti contenuti sono in misura crescente e, si rinvia ai *Wording* per l'elenco completo delle prestazioni e delle relative modalità di erogazione previste per ciascun Piano Sanitario.

Si potrà scegliere uno dei suddetti Piani Sanitari a valere per l'intero nucleo familiare.

Art. 9 – Ammissione, adesione ai Piani Sanitari e Quota d'iscrizione e Contributo associativo dei Soci

a) Possono richiedere l'ammissione a Mutua MiTutela il richiedente (v. Art. 2) presentando:

- la Domanda di Ammissione fornita da Mutua MiTutela, compilata in ogni sua parte e sottoscritta;
- Allegando il versamento della Quota di iscrizione, deliberata dal Consiglio di Mutua MiTutela, da versarsi in un'unica soluzione al momento della sottoscrizione della domanda di ammissione a Socio e successivamente annualmente, nella misura di volta in volta deliberata dal Consiglio.

- b) Possono, congiuntamente al punto a), richiedere l'attivazione dei Piani Sanitari, compilando il Modulo di adesione, i componenti del nucleo familiare:
- Indicando i dati anagrafici dell'intero nucleo familiare;
 - Indicando il Piano Sanitario prescelto, che sarà il medesimo per tutto il nucleo familiare;
 - Apponendo la data e tutte le firme richieste;
 - Allegando il versamento del Contributo Associativo dovuto (nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione);
- c) I Piani Sanitari vengono deliberati dal Consiglio di Mutua MiTutela.
Si precisa che il Contributo associativo per "Socio con Nucleo" non ha limitazioni in merito al numero delle persone appartenenti al nucleo familiare, salvo quanto previsto all'Art. 7.
- d) Qualora abbia aderito ad uno dei Piani Sanitari messi a disposizione da Mutua MiTutela, il Socio Caponucleo dovrà provvedere annualmente al versamento della Quota di iscrizione e del Contributo Associativo, relativo al Piano Sanitario prescelto (per sé e per il proprio nucleo familiare se dichiarato).
Il valore della Quota di iscrizione e del Contributo Associativo per i Piani Sanitari messi a disposizione degli Associati, potrà essere modificato di anno in anno con delibera del Consiglio di Amministrazione, da assumersi entro il 30 settembre, in ragione del corretto perseguimento degli scopi sociali e dei più ampi interessi di tutti i Soci; in caso di variazione in aumento dei valori di cui sopra, sarà cura di Mutua MiTutela informarne il Socio - mediante comunicazione da effettuarsi con le modalità di cui al precedente Art. 5 – entro la data prevista per esercitare il diritto di recesso (due mesi prima della scadenza dell'annualità).
- e) Non saranno in ogni caso ammesse le domande di ammissione/adesione che siano:
- prive di Autorizzazione al Trattamento dei Dati, ai sensi del Regolamento Europeo UE 2016/679, noto anche come GDPR;
 - prive di sottoscrizione del richiedente;
 - prive dei dati identificativi del richiedente e dell'eventuale nucleo familiare;
 - prive del versamento della Quota di iscrizione e del Contributo Associativo.

Art. 10 –Limiti di età

Il Socio che aderirà ai Piani Sanitari dovrà avere età non superiore a 70 anni.

I Piani Sanitari hanno validità per i Soci fino all'età di 75 anni.

Al compimento del 75° anno di età le prestazioni continueranno fino alla fine dell'anno solare e, automaticamente l'anno successivo decadranno sia per il Socio che per il proprio nucleo familiare.

Art. 11 – Modifica del Piano Sanitario

E' possibile modificare il Piano Sanitario prescelto solo all'inizio dell'anno solare e compilare nuovamente il modulo di adesione.

Art. 12 – Decorrenza e durata dell'iscrizione a libro soci

Tutte le domande di ammissione che perverranno a Mutua MiTutela, avranno automatica validità decorsi 10 giorni dal ricevimento della domanda, completa di tutti i dati richiesti e unitamente al versamento della Quota d'iscrizione, salvo delibera contraria del Consiglio d'Amministrazione (v. Art. 4).

Si consiglia di inviare le domande di ammissione entro il giorno 15/mese, al fine attivare l'eventuale Piano Sanitario (come stabilito dal successivo Art. 13.2).

La quota di iscrizione ha valore annuale decorrente dal giorno della domanda d'iscrizione e con scadenza sempre al 31 dicembre di ogni anno.

L'adesione del Socio alla Mutua MiTutela si intende sempre tacitamente rinnovata di anno in anno in mancanza di recesso ai sensi del successivo Art. 16.

Art. 13 – Decorrenza e durata del diritto alle prestazioni assistenziali previste dai Piani Sanitari

13.1 I Piani Sanitari di Mutua MiTutela, hanno sempre durata annuale e decorrono dalle ore 00:00 del 1° gennaio sino alle ore 24:00 del 31 dicembre dello stesso anno.

Tuttavia la validità ed efficacia delle prestazioni sanitarie sono regolate dal successivo Art. 13.2.

L'adesione ai singoli Piani Sanitari si intenderà tacitamente rinnovata di anno in anno, ove non intervenga disdetta (detto anche recesso) inviata per lettera raccomandata da parte del Socio, così come determinato dal successivo Art. 16.

13.2 Il Piano Sanitario prescelto dal Socio (anche eventualmente per il proprio nucleo familiare), si intenderà in decorrenza dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo a quello di iscrizione, purché trascorsi 15 giorni dal ricevimento dell'adesione unitamente al relativo pagamento del contributo associativo dovuto, in caso contrario la decorrenza si intenderà dalle ore 00:00 del primo giorno del secondo mese successivo.

Art. 14 – Inclusioni/Esclusioni dal diritto alle prestazioni sanitarie previste dai Piani Sanitari

Le movimentazioni all'interno del nucleo familiare che danno diritto alle prestazioni sanitarie, sono regolate dai punti di seguito indicati:

a) Per i familiari, come descritti nell'Art. 7, l'inclusione in garanzia dovrà essere contestuale a quella del Socio Caponucleo e non potrà avvenire in un momento successivo salvo i casi disciplinati ai punti successivi.

b) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i Soci Caponucleo, in garanzia alla data di effetto del Piano Sanitario, l'inclusione di familiari come definiti all'Art. 7, in un momento successivo alla decorrenza del diritto alle prestazioni sanitarie, è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia, come segue:

- nuove nascite, dovranno essere comunicate alla Mutua MiTutela entro un mese dalla nascita e, saranno in garanzia dal momento della nascita con lo stesso piano sanitario prescelto dal Socio Caponucleo.
- Per tutti gli altri casi (esempio matrimonio, convivenza, adozione), dovranno essere comunicate alla Mutua MiTutela tempestivamente e, saranno in garanzia il primo giorno lavorativo successivo a quello della comunicazione, con lo stesso piano sanitario prescelto dal Socio Caponucleo.

Visto quanto sopra, qualora fosse in corso il Piano Sanitario per il solo Socio quest'ultimo dovrà versare il contributo associativo per l'estensione al nucleo familiare, che dovrà essere contestuale alla comunicazione di inclusione, pena la mancata attivazione in garanzia delle prestazioni.

c) Esclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Nel caso di esclusione di uno o più familiari le prestazioni sanitarie cesseranno di essere erogate dal primo giorno lavorativo successivo a quello della comunicazione. Non verrà rimborsato il Contributo associativo versato.

d) Decesso del Socio Caponucleo

Nel caso di decesso del Socio Caponucleo, che dovrà essere comunicato a Mutua MiTutela, le prestazioni proseguono per il restante nucleo fino alla scadenza annuale.

Per le annualità successive il coniuge "superstite" dovrà richiedere l'ammissione/adesione, con nuovo modulo a Mutua MiTutela per acquisire la qualifica di Socio Caponucleo e poter proseguire il diritto alle prestazioni mantenendo la continuità assistenziale con le precedenti annualità.

Art. 15 – Termini e modalità di pagamento della quota di iscrizione e dei contributi associativi

All'atto della domanda di ammissione/adesione dovrà essere versata la quota di iscrizione e l'eventuale contributo associativo per l'attivazione delle prestazioni relative al Piano Sanitario prescelto.

Nelle annualità successive la quota di iscrizione e l'eventuale contributo associativo dovranno essere pagati entro e non oltre il 30 gennaio.

I versamenti dovranno essere effettuati con bonifico bancario sulle coordinate bancarie comunicate da Mutua MiTutela entro il termine sopra riportato e con le modalità indicate all'Art. 6.

In caso di ritardo nel pagamento della quota di iscrizione e del contributo associativo, la Mutua MiTutela non è tenuta ad avvisare i Soci della scadenza del pagamento di quanto sopra. 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 Mituela.

In tutti i casi, sarà data sempre adeguata evidenza delle modalità di pagamento, sia nei moduli di richiesta di ammissione, che nelle successive comunicazioni inviate da Mutua MiTutela.

Art. 16 – Recesso dalla qualifica di Socio e dai Piani Sanitari

Il Socio può esercitare il diritto di recesso da Mutua MiTutela in ogni momento dandone notizia al Consiglio di Amministrazione con comunicazione scritta, trasmessa a mezzo raccomandata a.r. o mezzo equipollente ed indirizzata alla sede legale della Mutua MiTutela.

Il recesso avrà effetto, per quanto riguarda il rapporto sociale, con la chiusura dell'esercizio in cui il medesimo è stato ricevuto, purché comunicato con un preavviso di due mesi; in caso contrario, con la chiusura dell'esercizio successivo. Il Socio receduto non ha diritto al rimborso della quota di iscrizione e dei contributi associativi già pagati né a qualsiasi quota dei fondi sociali, fatta eccezione per i sussidi eventualmente allo stesso spettanti.

Art. 17 – Perdita del diritto alle prestazioni per morosità

Per il Socio Caponucleo che non ottemperi al tempestivo versamento dei contributi di iscrizione e associativi entro i termini previsti (Art. 15), il vincolo sociale verrà sospeso. In caso di sospensione, il Socio non avrà alcun diritto a qualsiasi assistenza per sé e per i familiari.

I contributi versati oltre i termini previsti saranno oggetto di valutazione da parte della Mutua MiTutela la quale esaminerà la possibilità di accettazione degli stessi e sulle modalità di erogazione delle prestazioni.

Art. 18 – Obbligo di notifica dati

Al fine di consentire l'accesso alle prestazioni sanitarie previste nei Piani Sanitari anche in favore degli aventi diritto, i Soci devono necessariamente notificare, all'atto della richiesta di ammissione, il proprio stato di famiglia e la propria residenza.

Nel caso di variazione del proprio nucleo familiare e/o della residenza dovrà prodursi idonea certificazione anagrafica, entro 30 giorni dall'avvenuta variazione ed entro i termini previsti nell'Art. 14 nel caso fosse stato attivato un Piano Sanitario, pena la decadenza dal diritto ai sussidi.

La Mutua MiTutela 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'attribuzione dei sussidi o dei servizi mutualistici.

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

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione/adesione, il Socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Mutua MiTutela ai sensi **Regolamento Europeo 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 - Esclusione di responsabilità della Mutua MiTutela per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati

Mutua Mitutela 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 Mutua MiTutela o con società che per conto di Mutua MiTutela che erogano servizi di *network* sanitario e servizi di gestione delle pratiche di rimborso sia in forma diretta che indiretta.

Art. 21– Modifiche deliberate dal Consiglio di amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione può deliberare modifiche al Regolamento Applicativo, con l'obbligo di comunicare tali modifiche alla prima Assemblea utile dei soci.

Art. 22 – “Convenzione/Polizza”

A tutela dei propri iscritti e loro familiari, Mutua MiTutela ha stipulato apposite “Convenzioni/Polizze” con primarie Compagnie di assicurazioni specializzate nel ramo sanitario e con Società che erogano servizi di *network*, che si assumono l'onere di erogare le prestazioni sanitarie dei programmi sanitari previsti da Mutua MiTutela, e di provvedere alla gestione e liquidazione dei rimborsi, ovvero di provvedere a erogare le prestazioni nella forma diretta presso le strutture con esse convenzionate.

Nei *Wording* è indicato come accedere all'elenco delle strutture convenzionate, che le Compagnie e le Società partecipanti mettono a disposizione dei Soci di Mutua Mitutela.

In nessun caso Mutua MiTutela potrà essere ritenuta responsabile per la mancanza di strutture convenzionate nella città di residenza del Socio, o in vicinanza della città di residenza del Socio.

Art. 23 – Operatività della Mutualità. Forme di erogazione dell'assistenza sanitaria

Le prestazioni fornite da Mutua MiTutela sono operanti nei termini previsti dal relativo *Wording* del Piano Sanitario scelto e sottoscritto dal Socio. Pertanto la decorrenza dell'assistenza sanitaria, 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, sono regolamentati dal *Wording* del Piano Sanitario effettivamente scelto dal Socio.

Le forme di assistenza sanitaria e le modalità di attivazione delle diverse forme di erogazione delle prestazioni, sono descritte nei *Wording* dei piani sanitari.

Trento, 29 marzo 2019