
CASAGIT SALUTE ETS- SOCIETÀ NAZIONALE DI
MUTUO SOCCORSO DEI GIORNALISTI ITALIANI
“ANGIOLO BERTI”

REGOLAMENTO APPLICATIVO GENERALE

TITOLO I - OGGETTO E STRUTTURA DEL REGOLAMENTO APPLICATIVO GENERALE.....	4
Art. 1 - OGGETTO DEL REGOLAMENTO	4
Art. 2 - GLOSSARIO	4
TITOLO II - ADESIONI COLLETTIVE	7
CAPO I - STRUMENTI NEGOZIALI PER L'ADESIONE COLLETTIVA.....	7
Art. 3 - GENERALITÀ.....	7
CAPO II - PROCEDIMENTO DI ADESIONE COLLETTIVA.....	7
Art. 4 - PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ADESIONE COLLETTIVA	7
Art. 5 - ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA DI ADESIONE.....	7
Art. 6 - ONERI A CARICO DELL'ADERENTE	8
CAPO III - SOCI A ISCRIZIONE COLLETTIVA AUTOMATICA	8
Art. 7 - ISCRIZIONE SOCI ORDINARI – <i>(Inserimento nel Libro Soci, perfezionamento dell'iscrizione, decorrenza del vincolo associativo)</i>	8
Art. 8 - ISCRIZIONE SOCI ORDINARI CONVENZIONATI – <i>(Inserimento nel Libro Soci, perfezionamento dell'iscrizione, decorrenza del vincolo associativo)</i>	9
CAPO IV - SOCI A ISCRIZIONE COLLETTIVA VOLONTARIA	9
Art. 9 - CARATTERISTICHE DELL'ISCRIZIONE COLLETTIVA VOLONTARIA	9
Art. 10 - ISCRIZIONE SOCI ORDINARI – <i>(Inserimento nel Libro Soci, perfezionamento dell'iscrizione, decorrenza del vincolo associativo)</i>	9
Art. 11 - ISCRIZIONE SOCI ORDINARI CONVENZIONATI – <i>(Inserimento nel Libro Soci, perfezionamento dell'iscrizione, decorrenza del vincolo associativo)</i>	10
TITOLO III - ISCRIZIONI INDIVIDUALI	11
Art. 12 - PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ISCRIZIONE	11
Art. 13 - ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA DI ISCRIZIONE	11
Art. 14 - ISCRIZIONE SOCI	11
TITOLO IV - ESTENSIONE DELLA COPERTURA MUTUALISTICA AI FAMILIARI .13	13
Art. 15 - FAMILIARI	13
Art. 16 - PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ADESIONE	13
Art. 17 - ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA DI ADESIONE.....	14
Art. 18 - ADESIONE DEI FAMILIARI	14
TITOLO V - VARIAZIONI DELL'ISCRIZIONE E DEL VINCOLO ASSOCIATIVO	15
Art. 19 - SOCI – VARIAZIONE DELLA CATEGORIA.....	15
Art. 20 - SOCI - VARIAZIONE DEL TIPO DI ISCRIZIONE.....	15
Art. 21 - PASSAGGIO DA BENEFICIARIO A SOCIO.....	15
Art. 22 - PASSAGGIO DA SOCIO A BENEFICIARIO.....	16
TITOLO VI - INTERRUZIONE E SOSPENSIONE DEL RAPPORTO.....	17
Art. 23 - INTERRUZIONE E SOSPENSIONE	17

Art. 24 - INTERRUZIONE D'UFFICIO	17
Art. 25 - INTERRUZIONE A RICHIESTA.....	18

TITOLO VII - CHIUSURA DEL RAPPORTO.....20

Art. 26 - ESTINZIONE DEL VINCOLO ASSOCIATIVO	20
Art. 27 - CESSAZIONE DELLA COPERTURA MUTUALISTICA AL FAMILIARE	20
Art. 28 - DECESSO	20
Art. 29 - RECESSO	20
Art. 30 - DECADENZA	21
Art. 31 - ESCLUSIONE.....	21

TITOLO VIII -MUTUALITA' MEDIATA.....22

Art. 32 - SOGGETTI DELLA MUTUALITA' MEDIATA	22
Art. 33 - CONVENZIONE DI MUTUALITÀ MEDIATA.....	22
Art. 34 - SOTTOSCRIZIONE DELLA CONVENZIONE	22
Art. 35 - ALLEGATO AMMINISTRATIVO	23
Art. 36 - ALLEGATO ANAGRAFICO	23
Art. 37 - ALLEGATO DEI SERVIZI.....	23
Art. 38 - ALLEGATO TECNICO.....	24

TITOLO IX - CONTRIBUZIONE25

Art. 39 - DETERMINAZIONE DEL CONTRIBUTO.....	25
Art. 40 - VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO	25
Art. 41 - VERSAMENTO DIRETTO DEL CONTRIBUTO NELLE ADESIONI COLLETTIVE	25
Art. 42 - CONTRIBUZIONE MINIMA	26
Art. 43 - MOROSITA'	26

TITOLO X - SERVIZI MUTUALISTICI PER LA SANITA' INTEGRATIVA.....27

Art. 44 - IL PIANO SANITARIO	27
Art. 45 - NOMENCLATORE TARIFFARIO	27
Art. 46 - MODALITA' DI EROGAZIONE DEI SERVIZI	27
Art. 47 - PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE PER IL RIMBORSO IN FORMA INDIRETTA	28
Art. 48 - ACCESSO AI SERVIZI IN FORMA DIRETTA.....	28
Art. 49 - SPESE SANITARIE RIMBORSABILI DA DIVERSI ENTI/ASSICURAZIONI O DERIVANTI DA SINISTRI	29
Art. 50 - AVVIO DELLA COPERTURA E CARENZA.....	29
Art. 51 - SOSPENSIONE DEL SERVIZIO.....	29
Art. 52 - SERVIZI SANITARI FRUITI FUORI DAL TERRITORIO ITALIANO	30

TITOLO XI - PROCEDURE DI VERIFICA.....31

Art. 53 - VERIFICHE AMMINISTRATIVE	31
Art. 54 - VERIFICHE SANITARIE	31

TITOLO XII - PIANO SANITARIO DI PRIMA ADESIONE E SUE VARIAZIONI32

Art. 55 - PIANO SANITARIO DI PRIMA ADESIONE	32
---	----

Art. 56 - CAMBIO DI PIANO SANITARIO (contribuzione ed erogazione del servizio).....32

TITOLO XIII -NORME RESIDUALI33

Art. 57 - RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE33

TITOLO I - OGGETTO E STRUTTURA DEL REGOLAMENTO APPLICATIVO GENERALE

Art. 1 - OGGETTO DEL REGOLAMENTO

1. Il presente Regolamento, conformemente alle disposizioni statutarie di cui costituisce specificazione e integrazione, disciplina il rapporto tra la Mutua e i suoi iscritti relativamente alle formule di contribuzione, alle prestazioni erogate e ai diritti di partecipazione.
2. Non costituiscono oggetto del presente Regolamento l'ammontare del contributo dovuto, la tipologia e il nomenclatore delle prestazioni erogate, la cui disciplina è demandata ai diversi Piani sanitari.

Art. 2 - GLOSSARIO

1. Nel presente Regolamento con il termine:
 - **ADESIONE:** si intende, a seconda dei casi:
 - a. l'adesione in forma collettiva di enti (con o senza personalità giuridica) che abbiano titolo alla stessa;
 - b. l'adesione dei beneficiari, siano essi le persone fisiche in mutualità mediata o familiari.
 - **ISCRIZIONE:** si intende il processo di costituzione del rapporto tra la Mutua e il Socio, sia esso persona fisica o giuridica.
 - **ADERENTE:** si intende la persona giuridica attraverso la quale si è realizzato l'ingresso di un collettivo di persone fisiche.
 - **BENEFICIARIO:** si intende la persona fisica, "non Socio", che ha aderito alla Mutua e ha diritto all'erogazione dei servizi mutualistici.
 - **SOCIO:** si intende il titolare del rapporto giuridico-amministrativo iscritto al Libro Soci e titolare del vincolo associativo che assume l'ulteriore qualifica di Capo Nucleo nei casi in cui decida di estendere la copertura ai suoi familiari (definiti Beneficiari).
 - **ASSISTITO:** si intende un Socio o un beneficiario che accede ai servizi della Mutua.
 - **COLLETTIVO:** si intende un gruppo di persone fisiche che fanno capo a un ente, società, associazione (con o senza personalità giuridica) che intende aderire ovvero che ha aderito alla Mutua.
 - **TIPO DI ISCRIZIONE:** si intende la tipologia di iscrizione al Libro Soci, che può configurarsi come iscrizione individuale o iscrizione in forma collettiva.
 - **LEGAME:** si intende il rapporto esistente tra un Socio e l'aderente cui fa capo un intero Collettivo (ne è un esempio il rapporto di lavoro dipendente).
 - **TITOLO DI ISCRIZIONE AL LIBRO SOCI:** si intende la diversa categorizzazione del Socio, distinguendo il Socio Ordinario dal Socio Ordinario Convenzionato, conformemente alla definizione statutaria.

- **SOCIO ISCRITTO NEL LIBRO SOCI:** si intende il Socio il cui vincolo associativo è in corso. Alla cessazione del vincolo associativo per decesso, recesso o decadenza il Socio è cancellato dal Libro Soci apponendosi la data di fine del vincolo associativo.
- **PERFEZIONAMENTO DELL'ISCRIZIONE:** si intende l'acquisizione da parte della Mutua della documentazione mediante il quale si compie e completa il procedimento di iscrizione.
- **DECORRENZA DELL'ISCRIZIONE:** si intende la data a decorrere dalla quale si compie e completa il procedimento di iscrizione.
- **VINCOLO ASSOCIATIVO:** si intende l'instaurarsi del rapporto con la Mutua dal quale derivano diritti e obblighi di natura giuridico-amministrativa nei confronti dell'iscritto che assume la qualifica di Socio.
- **QUOTA DI ADESIONE:** si intende l'ammontare richiesto una tantum per aderire alla Mutua ed è prevista solo in circostanze determinate. La quota di adesione non dà di per sé diritto di accesso alle prestazioni che restano subordinate al versamento del contributo previsto per i singoli Piani sanitari.
- **DENUNCIA DI CONTRIBUZIONE:** si intende il documento giuridico-contabile trasmesso periodicamente dall'aderente a seguito dell'iscrizione di un collettivo. Con la trasmissione della denuncia di contribuzione l'aderente si qualifica intermediario e debitore nei confronti della Mutua dell'ammontare complessivo dei contributi acquisiti dai Soci, in adesione collettiva.
- **CARENZA:** si intende il periodo che va dalla data di decorrenza dell'iscrizione a quella di avvio effettivo di erogazione delle prestazioni.
- **CAPO NUCLEO:** si intende il Socio che abbia esteso la copertura anche ai suoi familiari.
- **FAMILIARE:** si intende l'iscritto persona fisica appartenente al nucleo familiare di un Capo Nucleo.
- **COLLETTIVO:** si intende un gruppo di persone fisiche che fanno capo a un ente, società o associazione (con o senza personalità giuridica) aderente alla Mutua.
- **IRREGOLARITÀ AMMINISTRATIVA:** si intende qualsiasi non conformità connessa all'iscrizione suscettibile di compromettere la regolare erogazione delle prestazioni. Costituiscono forme di irregolarità amministrativa, tra le altre, la mancanza di documenti essenziali alla corretta definizione del vincolo associativo o dell'iscrizione o lo stato di morosità.
- **MOROSITÀ:** si intende l'omesso versamento di uno o più contributi dovuti.
- **CONTRIBUTO:** si intende l'ammontare dovuto per l'accesso alle prestazioni rese dalla Mutua nell'ambito del Piano sanitario prescelto.
- **ACCERTAMENTO DEL CONTRIBUTO:** si intende il procedimento attraverso il quale la Mutua determina l'ammontare del contributo dovuto direttamente dal Socio sia esso ad adesione individuale, sia esso ad adesione collettiva, qualora sia intervenuto un

evento che preclude la regolare conclusione del processo di intermediazione descritto nella denuncia di contribuzione.

- **PIANO SANITARIO DI ADESIONE:** (di seguito anche “Piano sanitario”) si intende il documento nell’ambito del quale è specificata in dettaglio la nomenclatura dei servizi resi, l’ammontare della tariffa (valore economico/quantità) relativa a ciascuna voce del nomenclatore nonché eventuali massimali previsti per singola voce o gruppo di voci, con l’indicazione della tipologia del massimale (a valore economico, a tempo, a quantità, ecc. ...).
- **NOMENCLATORE TARIFFARIO:** si intende l’elenco delle prestazioni di natura sanitaria per le quali la Mutua riconosce i propri servizi nei limiti definiti dai diversi Piani sanitari.
- **EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE:** si intende la prestazione resa dalla Mutua che, a seconda del caso, può assumere la forma di rimborso delle spese sanitarie sostenute e documentate dal Socio, di copertura long term care, di erogazione di prestazioni sanitarie per il tramite del network convenzionato, o di assistenza in emergenza. In ogni caso l’erogazione della prestazione è riconosciuta e garantita nei limiti e con le modalità previste dal Piano sanitario prescelto.

TITOLO II - ADESIONI COLLETTIVE

CAPO I - STRUMENTI NEGOZIALI PER L'ADESIONE COLLETTIVA

Art. 3 - GENERALITÀ

1. Gli strumenti negoziali attraverso i quali si realizza l'adesione collettiva alla Mutua sono, singolarmente o congiuntamente, a seconda del caso:
 - a) Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro;
 - b) Contratti di Lavoro di II livello;
 - c) Regolamenti Aziendali;
 - d) Accordi diversi da quelli disciplinati dalle precedenti lettere a), b) e c), che costituiscano implementazione di tali strumenti, o ulteriori accordi comunque derivanti da rapporto di lavoro o associativo, anche promossi da associazioni di categoria o da altri enti assimilabili rappresentanti una collettività di lavoratori.
2. Affinché gli strumenti negoziali di cui al presente articolo possano determinare una forma di adesione collettiva alla Mutua è necessario che il Consiglio di Amministrazione abbia deliberato il loro recepimento.

CAPO II - PROCEDIMENTO DI ADESIONE COLLETTIVA

Art. 4 - PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ADESIONE COLLETTIVA

1. La domanda di adesione collettiva è finalizzata all'iscrizione di un collettivo di persone fisiche e deve essere presentata su modulo predisposto dalla Mutua e reperibile sul sito istituzionale.
2. Alla domanda di adesione collettiva deve essere allegato l'elenco con le generalità anagrafiche delle persone fisiche che compongono il collettivo, redatto su modulo predisposto dalla Mutua e reperibile sul sito istituzionale nonché tutti i documenti necessari indicati nel modulo di adesione.

Art. 5 - ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA DI ADESIONE

1. La Mutua, valutata la correttezza e completezza della domanda, la sottopone per l'accettazione al Consiglio di Amministrazione.
2. Con l'accettazione della domanda, la Mutua apre una posizione anagrafica riferibile all'aderente e procede all'iscrizione nel Libro Soci degli appartenenti al collettivo che ne abbiano titolo.
3. L'approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione non è necessaria se la domanda di adesione è presentata in relazione a uno strumento negoziale già recepito con precedente delibera del Consiglio stesso. In tal caso l'accettazione della domanda di adesione avviene con provvedimento del Direttore Generale che ne riferisce poi al CdA.

Art. 6 - ONERI A CARICO DELL'ADERENTE

1. L'aderente ha l'obbligo di presentare la domanda di adesione utilizzando la modulistica messa a disposizione dalla Mutua attraverso i propri canali istituzionali.
2. Se l'aderente omette la presentazione periodica delle denunce di contribuzione nei tempi e nei modi concordati, la Mutua potrà attuare tutte le misure ritenute più opportune ivi compresa la sospensione del servizio nei confronti del Socio e dei familiari eventualmente assistiti.
3. Se l'aderente non esegue o esegue parzialmente il versamento dei contributi dovuti e risultanti dalle denunce di contribuzione trasmesse, la Mutua, oltre a sospendere il servizio nei confronti del Socio e dei familiari eventualmente assistiti, potrà avviare tutte le azioni che ritiene opportune per il recupero del credito vantato.

CAPO III - SOCI A ISCRIZIONE COLLETTIVA AUTOMATICA

Art. 7 - ISCRIZIONE SOCI ORDINARI – *(Inserimento nel Libro Soci, perfezionamento dell'iscrizione, decorrenza del vincolo associativo)*

1. Per i Soci Ordinari iscritti collettivamente a norma dell'articolo 5, comma 4, lettera a. dello Statuto, che non siano mai stati iscritti alla Mutua, l'inserimento nel Libro Soci avviene contestualmente all'adozione della delibera con la quale il Consiglio di Amministrazione accetta la domanda di adesione riferita a uno degli strumenti negoziali di cui all'articolo 3 comma 1 del presente Regolamento, ovvero, per le adesioni successive riferibili al medesimo strumento negoziale, sempre automaticamente, con l'elaborazione della prima denuncia di contribuzione, alla quale è allegato l'elenco anagrafico delle ulteriori persone fisiche facenti parte del collettivo.
2. Il perfezionamento dell'iscrizione si determina al momento dell'acquisizione, da parte della Mutua, delle informazioni comprovanti l'iscrizione all'Ordine dei Giornalisti e con la conferma delle generalità anagrafiche, comprensive di codice fiscale ovvero, nei casi in cui l'informazione è già a disposizione della Mutua, dalla data di elaborazione della denuncia di contribuzione. L'iscrizione non perfezionata preclude l'esercizio del diritto di voto ma non l'avvio del rapporto associativo.
3. Il vincolo associativo decorre, a norma dell'articolo 5, comma 4, lettera a., dello Statuto, dalla data indicata negli strumenti di contrattazione collettiva. Con l'avvio del vincolo associativo, fatte salve le norme sulla carenza di cui al presente Regolamento, si apre la posizione amministrativa e si attiva l'erogazione delle prestazioni e l'acquisizione dei dati di contribuzione.
4. Nel periodo che intercorre tra la decorrenza del vincolo associativo e il perfezionamento dell'iscrizione saranno garantiti solo i servizi in forma indiretta ma non sarà garantito il servizio di accesso diretto al network convenzionato.

Art. 8 - ISCRIZIONE SOCI ORDINARI CONVENZIONATI – *(Inserimento nel Libro Soci, perfezionamento dell'iscrizione, decorrenza del vincolo associativo)*

1. Per i Soci Ordinari Convenzionati iscritti collettivamente a norma dell'articolo 5, comma 5, lettera a., dello Statuto, che non siano mai stati iscritti alla Mutua, l'inserimento nel Libro Soci avviene contestualmente all'adozione della delibera con la quale il Consiglio di Amministrazione accetta la domanda di adesione riferita a uno degli strumenti negoziali di cui all'articolo 3 comma 1 del presente Regolamento, ovvero, per le adesioni successive riferibili al medesimo strumento negoziale, contestualmente alla ricezione da parte della Mutua della relativa domanda di adesione.
2. Il perfezionamento dell'iscrizione avviene con l'iscrizione nel Libro Soci e determina l'avvio del vincolo associativo, sempreché siano presenti tutte le generalità anagrafiche comprensive di codice fiscale.
3. Il vincolo associativo decorre, a norma dell'articolo 5, comma 5, lettera a., dello Statuto, dalla data della delibera con la quale il Consiglio di Amministrazione accetta la domanda di adesione. Con l'avvio del vincolo associativo, fatte salve le norme sulla carenza di cui al presente Regolamento, si apre la posizione amministrativa e si attiva l'erogazione delle prestazioni e l'acquisizione dei dati di contribuzione.
4. Nel periodo che va dalla decorrenza del vincolo associativo al perfezionamento dell'iscrizione saranno garantiti solo i servizi in forma indiretta ma non sarà garantito il servizio di accesso diretto al network convenzionato.

CAPO IV - SOCI A ISCRIZIONE COLLETTIVA VOLONTARIA

Art. 9 - CARATTERISTICHE DELL'ISCRIZIONE COLLETTIVA VOLONTARIA

1. L'adesione volontaria presuppone l'esercizio, da parte di ciascun appartenente al collettivo, del diritto di sottoscrivere l'iscrizione alla Mutua.
2. La sottoscrizione da parte di ciascun appartenente al collettivo deve essere effettuata prima che l'aderente presenti la domanda di adesione alla Mutua.
3. Gli appartenenti al collettivo potranno esercitare il recesso non prima che siano decorsi due anni dall'avvio del vincolo associativo, fatte salve durate diverse dell'adesione collettiva concordate dall'aderente con la Mutua.

Art. 10 - ISCRIZIONE SOCI ORDINARI – *(Inserimento nel Libro Soci, perfezionamento dell'iscrizione, decorrenza del vincolo associativo)*

1. Per i Soci Ordinari iscritti collettivamente a norma dell'articolo 5, comma 4, lettera b., dello Statuto che non siano mai stati iscritti alla Mutua, l'inserimento nel Libro Soci avviene contestualmente all'adozione della delibera con la quale il Consiglio di Amministrazione accetta la domanda di adesione riferita a uno degli strumenti negoziali di cui all'articolo 3 comma 1 del presente Regolamento, ovvero, per le adesioni successive riferibili al medesimo strumento negoziale, sempre automaticamente, con l'elaborazione della prima denuncia di

contribuzione, alla quale è allegato l'elenco anagrafico delle ulteriori persone fisiche facenti parte del collettivo che hanno rilasciato all'aderente autorizzazione per l'iscrizione alla Mutua.

2. Il perfezionamento dell'iscrizione si determina al momento dell'acquisizione, da parte della Mutua delle informazioni comprovanti l'iscrizione all'Ordine dei Giornalisti e con la conferma delle generalità anagrafiche, comprensive di codice fiscale ovvero, nei casi in cui l'informazione è già a disposizione della Mutua, dalla data di elaborazione della denuncia di contribuzione. L'iscrizione non perfezionata preclude l'esercizio del diritto di voto ma non l'avvio del rapporto associativo.
3. Il vincolo associativo decorre, a norma dell'articolo 5, comma 4, lettera a., dello Statuto, dalla data indicata negli strumenti di contrattazione collettiva. Con l'avvio del vincolo associativo, fatte salve le norme sulla carenza di cui al presente Regolamento, si apre la posizione amministrativa e si attiva l'erogazione delle prestazioni e l'acquisizione dei dati di contribuzione.
4. Nel periodo che intercorre tra l'avvio del vincolo associativo e il perfezionamento dell'iscrizione saranno garantiti solo i servizi in forma indiretta ma non sarà garantito il servizio di accesso diretto al network convenzionato.

Art. 11 - ISCRIZIONE SOCI ORDINARI CONVENZIONATI – *(Inserimento nel Libro Soci, perfezionamento dell'iscrizione, decorrenza del vincolo associativo)*

1. Per i Soci Ordinari Convenzionati iscritti collettivamente a norma dell'articolo 5, comma 5, lettera a., dello Statuto che non siano mai stati iscritti alla Mutua, l'inserimento nel Libro Soci avviene contestualmente all'adozione della delibera con la quale il Consiglio di Amministrazione accetta la domanda di adesione riferita a uno degli strumenti negoziali di cui all'articolo 3 comma 1 del presente Regolamento, ovvero, per le adesioni successive riferibili al medesimo strumento negoziale, contestualmente alla ricezione da parte della Mutua della relativa domanda di adesione, alla quale è allegato l'elenco anagrafico delle persone fisiche facenti parte del collettivo che hanno rilasciato all'aderente autorizzazione per l'iscrizione alla Mutua.
 2. Il perfezionamento dell'iscrizione avviene con l'inserimento nel Libro Soci e determina l'avvio del rapporto associativo, sempreché siano presenti tutte le generalità anagrafiche comprensive di codice fiscale.
 3. Il vincolo associativo decorre, a norma dell'articolo 5, comma 5, lettera a., dello Statuto, dalla data della delibera con la quale il Consiglio di Amministrazione accetta la domanda di adesione. Con l'avvio del vincolo associativo, fatte salve le norme sulla carenza di cui al presente Regolamento, si apre la posizione amministrativa e si attiva l'erogazione delle prestazioni e l'acquisizione dei dati di contribuzione.
 4. Nel periodo che va dall'avvio del vincolo associativo al perfezionamento dell'iscrizione saranno garantiti solo i servizi in forma indiretta ma non sarà garantito il servizio di accesso diretto al network convenzionato.
-

TITOLO III - ISCRIZIONI INDIVIDUALI

Art. 12 - PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ISCRIZIONE

1. Possono presentare domanda di iscrizione individuale alla Mutua:
 - a. le persone fisiche che rispettino le previsioni di cui all'articolo 4, comma 4, dello Statuto, entro i termini di cui all'articolo 5, comma 3, dello Statuto;
 - b. le persone fisiche di cui all'articolo 4, comma 5, lettera c., dello Statuto.
2. Compatibilmente con le disposizioni contenute nei Regolamenti dei singoli Piani sanitari, l'aspirante Socio potrà individuare il Piano di copertura più adeguato alle proprie esigenze.
3. La domanda di iscrizione deve essere presentata su modulistica predisposta dalla Mutua e reperibile sul sito istituzionale.
4. Per essere considerata valida, la domanda deve essere sottoscritta e contenere tutti gli elementi essenziali, informazioni e documenti, indicati nella modulistica come obbligatori.

Art. 13 - ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA DI ISCRIZIONE

1. Se ricorrono i presupposti previsti dallo Statuto, dal presente Regolamento e dalle specifiche del Piano sanitario cui l'aspirante Socio ha deciso di aderire, la domanda di iscrizione è accettata d'ufficio con provvedimento del Direttore Generale.
2. Se uno o più presupposti non sono soddisfatti, o se non sono presenti tutte le informazioni o i documenti indicati come obbligatori, la domanda è rigettata d'ufficio con provvedimento del Direttore Generale.
3. La Mutua invia all'interessato comunicazione ufficiale a mezzo raccomandata A/R, o strumento equivalente anche informatico, per notificare il provvedimento adottato.
4. La Mutua trattiene per non più di quattro mesi dalla data del protocollo di ingresso i documenti e le informazioni riconducibili alle domande rigettate, con possibilità di integrazione e/o variazione. L'aspirante Socio potrà, entro 15 giorni dalla notifica della comunicazione di diniego, integrare o apportare variazioni alla domanda iniziale di adesione.

Art. 14 - ISCRIZIONE SOCI

1. L'inserimento nel Libro Soci avviene contestualmente all'accettazione della domanda di adesione e deve indicare la tipologia di iscrizione, Socio Ordinario o Socio Ordinario Convenzionato, nonché la relativa sezione della Mutua.
2. Il perfezionamento dell'iscrizione si determina con l'inserimento nel Libro Soci.
3. Il vincolo associativo decorre dal primo giorno del mese successivo a quello del protocollo di ingresso della domanda di adesione.
4. Nel periodo che va dalla decorrenza del vincolo associativo al perfezionamento dell'iscrizione saranno garantiti solo i servizi in forma indiretta ma non sarà garantito il servizio di accesso diretto al network convenzionato.

5. I Soci a adesione individuale potranno esercitare il recesso non prima che sia decorso il termine obbligatorio convenuto in fase di iscrizione.

TITOLO IV - ESTENSIONE DELLA COPERTURA MUTUALISTICA AI FAMILIARI

Art. 15 - FAMILIARI

1. La copertura prevista dal Piano sanitario scelto dal Socio può essere estesa a tutti i familiari e al convivente more uxorio di cui all'articolo 3, comma 4, dello Statuto.
2. Tenuto conto dell'assenza di norme generali atte a disciplinare la convivenza more uxorio, la Mutua potrà chiedere al Socio la presentazione di qualsiasi documento, atto o stato di fatto che definisca l'esistenza di un legame assimilabile a quello costituito dalla famiglia anagrafica, e in quanto tale differente dalla semplice coabitazione. Il convivente more uxorio può aderire solo decorsi 12 mesi dalla cessazione dell'assistenza nei confronti di eventuale precedente convivente more uxorio.
3. La medesima copertura può essere estesa ai figli ed equiparati del coniuge o del convivente more uxorio.
4. Il Socio può mantenere la copertura prevista dal Piano sanitario di adesione all'ex coniuge qualora siano sopravvenuti divorzio o separazione. Il medesimo diritto non può essere esteso all'ex-convivente more uxorio.
5. I Regolamenti dei singoli Piani sanitari possono definire requisiti specifici per la copertura dei familiari o esclusione di alcune categorie di essi.

Art. 16 - PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ADESIONE

1. Possono presentare domanda per l'estensione della copertura ai familiari tutti i Soci iscritti nel Libro Soci. In tal caso, il familiare assume la qualifica di beneficiario.
2. La domanda di adesione in qualità di familiare beneficiario deve essere presentata entro il compimento del diciottesimo anno per i figli ed equiparati, ovvero entro tre anni dalla costituzione del vincolo associativo o dall'evento che istituisce il legame familiare o dal momento in cui il familiare acquisisce i requisiti, eventualmente previsti dal Regolamento del Piano sanitario di iscrizione. Per i familiari che abbiano una copertura sanitaria integrativa derivante da una forma di adesione collettiva ad altro fondo, cassa o società di mutuo soccorso, il termine decorre dalla data di cessazione dell'adesione presso altro fondo, cassa o società di mutuo soccorso, sempreché essa sia intervenuta per cause diverse dal collocamento in quiescenza.
3. Il Socio che richieda il passaggio a un diverso Piano di copertura può, contestualmente al cambio di Piano, estendere la copertura ai familiari che soddisfano i requisiti anagrafici previsti. La mancata attivazione di tale facoltà al momento della richiesta di cambio di Piano preclude la possibilità di iscrizione successiva dei familiari, qualora siano già decorsi i termini indicati al comma 2.
4. Nei Piani sanitari sono indicati i requisiti previsti per l'estensione della copertura ai familiari.

5. Al familiare beneficiario può essere estesa esclusivamente la copertura prevista dal Piano sanitario cui aderisce il Socio.
6. Il Socio deve presentare la domanda di adesione del familiare beneficiario utilizzando la modulistica predisposta dalla Mutua e reperibile sul sito istituzionale.
7. Per essere considerata valida, la domanda deve essere sottoscritta dal Socio e dai familiari beneficiari maggiorenni e contenere tutti gli elementi essenziali, informazioni e documenti, indicati nella modulistica come obbligatori.

Art. 17 - ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA DI ADESIONE

1. Se ricorrono i presupposti previsti dallo Statuto, dal presente Regolamento applicativo e dallo specifico Regolamento del Piano sanitario, la domanda di adesione è accettata d'ufficio con provvedimento del Direttore Generale.
2. Se uno o più presupposti non sono soddisfatti, o se non sono presenti tutte le informazioni o i documenti indicati come obbligatori, la domanda è rigettata d'ufficio con provvedimento del Direttore Generale.
3. La Mutua invia all'interessato comunicazione ufficiale, a mezzo raccomandata A/R, o strumento equivalente anche informatico, per notificare il provvedimento adottato.
4. La Mutua trattiene per non più di quattro mesi dalla data del protocollo di ingresso i documenti e le informazioni riconducibili alle domande rigettate, con possibilità di integrazione e/o variazione. Il Socio potrà, entro 15 giorni dalla notifica della comunicazione di diniego, integrare o apportare variazioni alla domanda di adesione in qualità di familiare beneficiario.

Art. 18 - ADESIONE DEI FAMILIARI

1. Con la presentazione della domanda di adesione la Mutua apre una posizione anagrafica del familiare beneficiario.
2. Il perfezionamento dell'adesione si ha con l'accettazione della domanda di adesione in conseguenza della quale si attribuisce al familiare la qualifica di beneficiario.
3. L'adesione decorre dal primo giorno del mese successivo a quello del protocollo di ingresso della domanda di adesione e non determina l'inserimento nel Libro Soci.
4. L'adesione in qualità di familiare beneficiario non determina costituzione di vincolo associativo ma solo l'estensione delle prestazioni previste dal Piano sanitario di adesione del Socio, nei limiti e con le modalità indicate nel Piano sanitario.

TITOLO V - VARIAZIONI DELL'ISCRIZIONE E DEL VINCOLO ASSOCIATIVO

Art. 19 - SOCI – VARIAZIONE DELLA CATEGORIA

1. L'eventuale passaggio dalla categoria di Socio Ordinario a quella di Socio Ordinario Convenzionato o viceversa, conformemente a quanto previsto dall'articolo 12 dello Statuto, non determina interruzione del vincolo associativo, né determina alcuna variazione dell'anzianità di iscrizione alla Mutua, fermo restando che la mancata corresponsione del primo contributo dovuto successivo alla variazione sarà qualificata come diniego della volontà a proseguire nel vincolo associativo e determinerà la decadenza del Socio e la sua cancellazione dal Libro Soci.
2. Per garantire continuità alla copertura, la Mutua provvede d'ufficio alla modifica dell'iscrizione da Socio Ordinario (a adesione individuale o collettiva) a Socio Ordinario Convenzionato (iscritto al fondo a adesione individuale o al fondo a adesione collettiva), quando essa dipenda dalla perdita dei requisiti per essere iscritto come Socio Ordinario. La variazione decorre dal primo giorno del mese successivo a quello in cui la Mutua viene a conoscenza dell'evento che ha determinato la variazione.
3. Se il Socio Ordinario Convenzionato acquisisce i requisiti per l'iscrizione in qualità di Socio Ordinario, la Mutua, su richiesta dell'interessato e acquisito il certificato di iscrizione all'Ordine dei Giornalisti o rilevata l'iscrizione all'Ordine mediante consultazione degli elenchi pubblici, provvede alla variazione della categoria di iscrizione nel Libro Soci registrando il Socio come Socio Ordinario.

Art. 20 - SOCI - VARIAZIONE DEL TIPO DI ISCRIZIONE

1. Se cessano gli effetti dell'adesione collettiva, il Socio potrà presentare, nei termini ragionevolmente indicati dalla Mutua, domanda di adesione individuale secondo le disposizioni contenute nel TITOLO III del Regolamento. La variazione del tipo di iscrizione al Libro Soci è rilevata nei tempi e nei modi indicati nel medesimo TITOLO.
2. Se il Socio a adesione individuale entra a far parte di un collettivo per il quale è prevista l'adesione alla Mutua, sia essa automatica o volontaria, la Mutua provvede alla variazione d'ufficio del tipo di iscrizione nel Libro Soci.
3. Le variazioni di cui ai commi precedenti non determinano la variazione dell'anzianità di iscrizione alla Mutua e non determinano variazione alcuna del vincolo associativo.

Art. 21 - PASSAGGIO DA BENEFICIARIO A SOCIO

1. Il beneficiario acquisisce il titolo di Socio mediante iscrizione nel Libro Soci se:
 - a. entra a far parte di un collettivo per il quale è prevista una forma di adesione automatica;
 - b. entra a far parte di un collettivo per il quale è prevista una forma di adesione volontaria;
-

c. presenta domanda di adesione individuale.

Art. 22 - PASSAGGIO DA SOCIO A BENEFICIARIO

1. Il Socio che ha la possibilità di mantenere la copertura in qualità di familiare nel nucleo di altro Socio che ne faccia richiesta perde l'iscrizione al Libro Soci.
2. La variazione è eseguita dalla Mutua a seguito del ricevimento della domanda di adesione come familiare, presentata dal Socio e sottoscritta anche dal familiare interessato.

TITOLO VI - INTERRUZIONE E SOSPENSIONE DEL RAPPORTO

Art. 23 - INTERRUZIONE E SOSPENSIONE

1. L'interruzione e la sospensione del vincolo associativo sono disciplinati in via generale, rispettivamente, dagli articoli 6 e 7 dello Statuto.
2. L'interruzione della copertura per i familiari è conseguenza dell'interruzione del vincolo associativo del Socio o della sua morosità nel versamento dei contributi.

Art. 24 - INTERRUZIONE D'UFFICIO

1. La Mutua può avviare l'interruzione del vincolo associativo:
 - a. per il singolo Socio o per l'intero collettivo, quando si verifica la cessazione o la sospensione degli effetti dello strumento negoziale che ha istituito l'adesione collettiva anche quando essa determini semplicemente l'impossibilità per l'aderente di trattenere l'ammontare complessivo del contributo dovuto alla Mutua, ovvero negli altri casi stabiliti dallo Statuto, dal presente Regolamento o dal Piano sanitario cui aderisce il Socio;
 - b. nei confronti del Socio a adesione individuale o del beneficiario in mutualità mediata, e nei confronti dei familiari dei Soci a adesione collettiva, quando si verifichi una morosità nel versamento dei contributi dovuti e definiti nel Regolamento del Piano sanitario cui il Socio aderisce. L'interruzione avviata per lo stato di morosità è ripetibile per massimo tre volte nel corso del rapporto associativo. Per gli stati di morosità successivi la Mutua ha facoltà di far valere direttamente la decadenza dal vincolo associativo;
 - c. nei confronti del Socio che abbia perso i requisiti per essere assistito come Socio Ordinario, fermo restando che tale causa interruttiva potrebbe non essere azionata se la Mutua ravvisa la possibilità di procedere a variazione automatica della categoria di associazione del Socio a norma del precedente articolo 8, comma 2;
 - d. nei confronti del Socio che ha presentato richiesta di recesso, o del familiare per il quale il Socio ha presentato richiesta di recesso, se la richiesta non è procedibile per la presenza di una esposizione debitoria nei confronti della Mutua;
 - e. per il Socio nei confronti del quale è stato avviato il procedimento di esclusione.
 2. Ogni evento interruttivo può avere una durata minima di 12 mesi e massima di 36 mesi.
 3. L'interruzione deve essere comunicata al Socio con raccomandata A/R, o mezzo equivalente anche informatico, indicando:
 - a. la data di decorrenza dell'interruzione;
 - b. la durata dell'interruzione assegnata d'ufficio;
 - c. la possibilità offerta al Socio di ridurre la durata del periodo interruttivo;
 - d. il termine entro il quale il Socio può annullare o ridurre gli effetti del provvedimento interruttivo e le modalità con le quali può farlo;
 - e. gli effetti derivanti dal mancato riscontro da parte del Socio nel termine indicato;
-

- f. gli effetti conseguenti la scadenza del periodo di interruzione;
 - g. gli effetti conseguenti la richiesta del Socio di rientrare in copertura prima del raggiungimento della scadenza del periodo di interruzione;
 - h. per l'interruzione conseguente lo stato di morosità dovranno altresì essere indicati i riferimenti di un piano di rientro definito d'ufficio, e modificabile a richiesta del Socio nel termine indicato.
4. L'interruzione decorre dal primo giorno del mese successivo a quello in cui si è verificato l'evento che l'ha determinata e si estende automaticamente a tutti i familiari cui il Socio abbia esteso la copertura mutualistica.
 5. La Mutua può revocare il meccanismo interruttivo, anche con effetto retroattivo, qualora siano intervenuti nuovi elementi o abbia acquisito nuove informazioni che determinano la variazione dei presupposti che l'hanno avviato o qualora il Socio entri a far parte di un collettivo per il quale è prevista l'adesione collettiva alla Mutua.

Art. 25 - INTERRUZIONE A RICHIESTA

1. Il Socio che si è iscritto individualmente può presentare domanda di interruzione del vincolo associativo in qualsiasi momento.
 2. Il Socio che si è iscritto mediante adesione collettiva può presentare la domanda di interruzione del vincolo associativo solo nei periodi in cui è tenuto al versamento diretto del contributo.
 3. Il Socio che si è iscritto mediante adesione collettiva può inoltre presentare la domanda di interruzione della copertura mutualistica per tutti i familiari in copertura, e non solo per alcuni di essi, nei periodi in cui il suo contributo è incassato dalla Mutua in modalità intermediata dall'aderente che ha presentato domanda di adesione collettiva.
 4. L'accoglimento della richiesta di interruzione deve essere comunicato al Socio con raccomandata A/R o mezzo equivalente anche informatico e deve indicare:
 - a. la data di decorrenza dell'interruzione;
 - b. la durata dell'interruzione riconosciuta;
 - c. gli effetti conseguenti la richiesta del Socio di rientrare in copertura prima del raggiungimento della scadenza del periodo di interruzione.
 5. L'interruzione volontaria decorre dal primo giorno del trimestre solare successivo a quello del protocollo di ricevimento della richiesta, salvo i casi in cui venga esercitata per il passaggio in copertura a diverso Piano sanitario. In quest'ultimo caso l'interruzione decorre dal primo giorno del mese successivo alla richiesta.
 6. L'interruzione del vincolo associativo si estende automaticamente a tutti i familiari in copertura mutualistica.
 7. Il periodo di interruzione volontaria termina automaticamente se il Socio entra a far parte di un collettivo per il quale è prevista l'adesione collettiva alla Mutua con contribuzione intermediata dall'aderente. Resteranno sospesi fino al termine del periodo di interruzione originariamente accordato gli eventuali familiari cui il Socio ha esteso la copertura
-

mutualistica. Il rientro in copertura dei familiari determina gli effetti indicati per il rientro in copertura prima dello scadere del termine interruttivo.

8. Allo scadere del termine interruttivo sarà ripristinata automaticamente la tipologia di copertura preesistente per il Socio ed eventuali familiari presenti nel suo nucleo in copertura mutualistica.
9. La richiesta di interruzione volontaria può avere una durata minima di 12 mesi ripetibile per massimo 3 volte nel corso del rapporto associativo. Tra una richiesta e la successiva deve intercorrere un periodo di copertura di almeno 6 mesi. In ogni caso, la somma dei periodi di interruzione non può essere superiore alla durata massima di 36 mesi.

TITOLO VII - CHIUSURA DEL RAPPORTO

Art. 26 - ESTINZIONE DEL VINCOLO ASSOCIATIVO

1. A norma dell'articolo 8 dello Statuto "l'estinzione del vincolo associativo avviene per decesso, recesso, decadenza o esclusione e determina la cancellazione del Socio dal Libro Soci e la risoluzione di diritto dei rapporti mutualistici in corso tra il Socio e la Mutua".

Art. 27 - CESSAZIONE DELLA COPERTURA MUTUALISTICA AL FAMILIARE

1. La cessazione della copertura al familiare può essere conseguenza:
 - a. dell'estinzione del vincolo associativo del Socio o dal venir meno dei requisiti che hanno determinato il diritto a fruire di tale copertura a norma dello Statuto, del presente Regolamento o del Piano sanitario cui ha aderito il Socio;
 - b. di esplicita richiesta in tal senso avanzata dal Socio.
2. Il Socio non potrà chiedere successivamente la riammissione in copertura per il familiare per il quale ha in precedenza avanzato richiesta di cessazione.
- 2 bis. La successiva iscrizione del familiare, avanzata dal medesimo Socio, è consentita solo nei casi in cui siano state introdotte, successivamente alla cessazione della copertura, disposizioni regolamentari di maggior favore cui il Socio avrebbe potuto aderire al fine di mantenere la copertura. La richiesta di nuova iscrizione dovrà essere presentata nei tempi, nei modi e con il rispetto dei limiti fissati nei Regolamenti applicativi specifici di ciascun Piano di adesione.

Art. 28 - DECESSO

1. Il decesso del Socio rilevato dalla Mutua, o comunicato dagli eredi, determina la cancellazione dal Libro Soci dalla data di decesso.
2. Il decesso del familiare rilevato dalla Mutua, o comunicato dal Socio, determina la cessazione della copertura per il familiare dalla data di decesso.

Art. 29 - RECESSO

1. Il Socio che voglia esercitare il diritto di recesso dovrà inviare alla Mutua domanda di recesso utilizzando la modulistica predisposta dalla stessa e presente sul sito istituzionale. La domanda deve essere inviata con raccomandata A/R o mezzo equivalente anche informatico. Non saranno accettate domande di recesso non conformi.
2. La domanda di recesso non può essere avanzata se non è decorso il termine di permanenza obbligatoria sottoscritto in fase di prima iscrizione.
3. Il recesso avrà effetto dal primo giorno del trimestre solare successivo a quello di presentazione della domanda.
4. Il Socio che abbia esercitato il diritto di recesso non potrà, a norma dell'articolo 9, comma 2, dello Statuto, in futuro, presentare domanda di adesione individuale o collettiva volontaria alla Mutua, salvo i casi di cui al comma 2bis del medesimo articolo.

Art. 30 - DECADENZA

1. La decadenza disciplinata dall'articolo 11 dello Statuto determina l'estinzione del vincolo associativo con decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello in cui si verifica l'evento che la determina.
2. La Mutua rilevato l'evento da cui deriva la decadenza provvede a inviare al Socio comunicazione in raccomandata A/R o mezzo equivalente anche informatico indicando il termine a decorrere dal quale cessa il vincolo associativo.
3. Il Socio decaduto potrà nuovamente usufruire della copertura mutualistica nei limiti previsti dall'articolo 11 dello Statuto o qualora un altro Socio presenti domanda per estendere a esso la copertura mutualistica in qualità di familiare.
4. Costituiscono motivo di decadenza del familiare, oltre i casi di cui al precedente articolo 13 del presente Regolamento, il raggiungimento del termine del periodo di interruzione ove non sia venuta meno la causa che ne ha giustificato l'applicazione.
5. A norma dell'articolo 11, comma 4, dello Statuto, la decadenza è dichiarata d'ufficio dal Direttore Generale.

Art. 31 - ESCLUSIONE

1. L'esclusione del Socio è disciplinata dall'articolo 10 dello Statuto.

TITOLO VIII - MUTUALITA' MEDIATA

Art. 32 - SOGGETTI DELLA MUTUALITA' MEDIATA

1. Attraverso la mutualità mediata, la Mutua associa un'altra società di mutuo soccorso, cassa di assistenza o fondo sanitario integrativo, che sarà iscritta a Libro Soci come Socio Ordinario Convenzionato persona giuridica.
2. Gli associati della società di mutuo soccorso, cassa di assistenza o fondo sanitario integrativo aderente sono iscritti alla Mutua in qualità di beneficiari.
3. È prevista la possibilità per i beneficiari di estendere i servizi mutualistici anche ai loro familiari, anch'essi iscritti alla mutua come beneficiari.

Art. 33 - CONVENZIONE DI MUTUALITÀ MEDIATA

1. La convenzione è l'atto mediante il quale la Mutua e l'aspirante Socio, altra mutua-cassa o fondo sanitario integrativo, definiscono i termini e le condizioni di adesione alla Mutua in regime di mutualità mediata, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 3 della Legge 15 aprile 1886, n. 3818.
2. Le previsioni contenute negli accordi e convenzioni di mutualità mediata devono considerarsi a tutti gli effetti integrative rispetto a quanto non espressamente previsto nel presente TITOLO.
3. L'allegato amministrativo, l'allegato dei servizi e l'allegato anagrafico costituiscono parte integrante e sostanziale della convenzione.
4. La Mutua provvederà alla sottoscrizione di convenzioni compatibili con le disposizioni stabilite nel proprio Statuto e nel presente Regolamento, relativamente a modalità di adesione, contribuzione ed erogazione delle prestazioni ai propri associati e beneficiari.
5. Nel caso in cui la convenzione preveda specifiche regole di adesione, contribuzione ed erogazione delle prestazioni, dovrà essere compilato e sottoscritto anche un apposito allegato tecnico nel quale siano disciplinate le diverse funzionalità richieste e le relative modalità di esecuzione.
6. La convenzione recante l'allegato tecnico dovrà prevedere una decorrenza del vincolo associativo non inferiore a tre mesi rispetto alla data di sottoscrizione della stessa.

Art. 34 - SOTTOSCRIZIONE DELLA CONVENZIONE

1. La sottoscrizione della convenzione dovrà essere previamente deliberata dal Consiglio di Amministrazione della Mutua.
 2. L'iscrizione a Libro Soci della società di mutuo soccorso, cassa di assistenza o fondo sanitario integrativo aderente in regime di mutualità mediata avviene contestualmente alla sottoscrizione della convenzione, o nella diversa data eventualmente indicata nella convenzione, e determina l'avvio del vincolo associativo.
 3. Con l'avvio del vincolo associativo si apre la posizione amministrativa del Socio che sarà gestita secondo quanto indicato nell'allegato amministrativo alla convenzione.
-

4. L'apertura della posizione amministrativa consente l'iscrizione dei beneficiari indicati dal Socio nell'allegato anagrafico.

Art. 35 - ALLEGATO AMMINISTRATIVO

1. L'allegato amministrativo definisce:
 - a. l'insieme degli accordi volti alla gestione del rischio patrimoniale riferito all'erogazione dei servizi mutualistici a favore dei beneficiari;
 - b. la disciplina delle adesioni successive alla stipula della convenzione, della contribuzione e dell'erogazione delle prestazioni, richiamando esplicitamente le relative sezioni e articoli del presente Regolamento, ovvero, a seconda del caso, richiamando le diverse funzionalità richieste e le relative modalità di esecuzione meglio dettagliate nell'allegato tecnico.

Art. 36 - ALLEGATO ANAGRAFICO

1. L'allegato anagrafico contiene il numero totale di beneficiari all'atto della sottoscrizione della convenzione, ripartito per:
 - a. tipologia di adesione alla Mutua, in qualità di beneficiario o familiare del beneficiario;
 - b. tipologia di adesione rispetto all'ente di provenienza, in forma individuale o collettiva;
 - c. sesso;
 - d. fascia di età, secondo l'inquadramento in fasce fornito dalla Mutua.
2. L'allegato anagrafico deve inoltre indicare tempi e modi per la trasmissione alla Mutua dell'elenco anagrafico dettagliato, indicando per ciascun associato:
 - a. generalità anagrafiche complete;
 - b. tipologia di adesione alla Mutua, in qualità di beneficiario o familiare del beneficiario;
 - c. tipologia di adesione rispetto all'ente di provenienza, in forma individuale o collettiva;oltre a qualsiasi altra eventuale ulteriore informazione necessaria alla Mutua per un'appropriata gestione della posizione del beneficiario.
3. Salvo diverse indicazioni contenute nell'allegato tecnico, le successive adesioni di nuovi beneficiari saranno gestite sulla base delle norme del presente Regolamento con riferimento, a seconda del caso, alle disposizioni che disciplinano le adesioni individuali e quelle collettive.

Art. 37 - ALLEGATO DEI SERVIZI

1. L'allegato dei servizi dovrà indicare il Piano o i Piani sanitari scelti dal Socio per la fornitura dei servizi mutualistici ai propri beneficiari.
2. Nel caso in cui il Socio abbia scelto più Piani sanitari dovranno essere definite chiaramente le caratteristiche dei beneficiari cui applicare ciascun Piano.

3. Laddove i servizi mutualistici siano estesi anche ai familiari, a essi si applica automaticamente il Piano sanitario previsto per il Capo Nucleo.
4. Nel periodo che va dalla decorrenza del vincolo associativo al perfezionamento dell'iscrizione di tutti i beneficiari saranno garantiti solo i servizi in forma indiretta ma non il servizio di accesso diretto al network convenzionato.

Art. 38 - ALLEGATO TECNICO

1. L'allegato tecnico disciplina le specifiche regole di adesione, contribuzione ed erogazione delle prestazioni eventualmente previste nelle convenzioni di mutualità mediata.
2. Nell'allegato tecnico dovranno essere dettagliatamente disciplinate le diverse funzionalità richieste e le relative modalità di esecuzione in materia di adesione, contribuzione ed erogazione delle prestazioni, coerentemente alle linee guida fornite dalla Mutua.

TITOLO IX - CONTRIBUZIONE

Art. 39 - DETERMINAZIONE DEL CONTRIBUTO

1. Il Consiglio di Amministrazione definisce l'ammontare del contributo in funzione del Piano sanitario prescelto e in ottemperanza al principio di sostenibilità economico-finanziaria prevedendo contribuzioni in quota fissa o in percentuale del reddito del Socio.
2. Non è previsto il frazionamento contributivo per periodi inferiori al mese.
3. L'importo del contributo annuo dovuto è dettagliato in ciascun Piano sanitario e pubblicato sul sito istituzionale della Mutua.

Art. 40 - VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO

1. Il contributo può essere versato direttamente dal Socio, ovvero dal beneficiario Capo Nucleo in mutualità mediata, ovvero intermediato dall'aderente nei casi di adesione collettiva.
2. I versamenti effettuati direttamente dal Socio ovvero effettuati dal beneficiario in mutualità mediata sono richiesti anticipatamente e possono prevedere il frazionamento ad anno solare o trimestre solare. Il frazionamento mensile è una modalità opzionabile solo in casi particolari concordati con la Mutua. In fase di prima adesione l'iscritto dovrà esercitare l'opzione relativa alla ricorrenza del versamento contributivo (annuale o trimestrale). Il primo pagamento sarà determinato sulla base dei mesi mancanti al raggiungimento della successiva richiesta di pagamento. Frazionamenti differenti rispetto a quelli indicati possono essere ammessi per i soli versamenti relativi a piani di rientro del debito.
3. I versamenti effettuati in modalità intermediata dall'aderente devono essere eseguiti con periodicità mensile e devono sempre corrispondere al valore dei contributi totali trasmessi attraverso la denuncia di contribuzione. Frazionamenti differenti rispetto a quelli indicati possono essere concordati in particolari circostanze purché anticipati e comunque non inferiori al mese.
4. Le modalità per il versamento del contributo in forma diretta sono definite dalla Mutua e pubblicate sul proprio sito istituzionale.
5. Le modalità per il versamento del contributo in forma intermediata sono definite dalla Mutua e comunicate all'aderente.

Art. 41 - VERSAMENTO DIRETTO DEL CONTRIBUTO NELLE ADESIONI COLLETTIVE

1. Il verificarsi di eventi regolati dallo strumento negoziale di adesione alla Mutua che impediscono all'aderente di trattenere l'intero ammontare del contributo dovuto da ciascun iscritto, può determinare il passaggio in tutto o in parte dalla modalità di contribuzione intermediata a quella diretta.
2. Il passaggio alla contribuzione diretta sarà integrale se l'aderente non ha capienza per effettuare alcuna trattenuta del contributo dovuto.

3. Il passaggio alla contribuzione diretta sarà parziale se l'aderente può effettuare trattenute per il contributo che risultano, tuttavia, inferiori all'ammontare complessivo del contributo dovuto.

Art. 42 - CONTRIBUZIONE MINIMA

1. Nell'ambito della contribuzione a percentuale il Consiglio di Amministrazione può definire livelli minimi di contribuzione. Il valore del minimale definito dal Consiglio di Amministrazione è disciplinato all'interno dei diversi Piani sanitari.

Art. 43 - MOROSITA'

1. Il Socio, o il beneficiario Capo Nucleo in regime di mutualità mediata, diventa moroso se decorsa la scadenza del documento di incasso emesso dalla Mutua risulta non avere ancora assolto l'obbligo di contribuzione.
2. Il Socio per il quale è versato il contributo mediante intermediazione dell'aderente non potrà considerarsi moroso per il mancato versamento dell'aderente, salvo che gli strumenti negoziali di adesione alla Mutua prevedano diversamente. In ogni caso il Socio in adesione collettiva potrà comunque essere moroso per il mancato versamento dei contributi dovuti direttamente, nei casi determinati dagli strumenti negoziali di adesione.

TITOLO X - SERVIZI MUTUALISTICI PER LA SANITA' INTEGRATIVA

Art. 44 - IL PIANO SANITARIO

1. La Mutua offre molteplici servizi mutualistici per la sanità integrativa articolandoli in diversi Piani sanitari.
2. I Piani possono essere:
 - a. complementari (i.e. si può aderire a diversi Piani per costruire soluzioni assistenziali via via più ampie);
 - b. scalari (i.e. si può aderire a un solo Piano che risponda alle specifiche esigenze del Socio).
3. Servizi, costi e modalità di attuazione delle relative prestazioni sono disciplinati direttamente in ciascun Piano sanitario.
4. I diversi Piani sanitari possono anche prevedere formule di assistenza in emergenza e copertura LTC.

Art. 45 - NOMENCLATORE TARIFFARIO

1. Il nomenclatore tariffario costituisce l'elenco completo delle voci relative alle varie prestazioni sanitarie oggetto di copertura mutualistica.
2. A ciascuna voce del nomenclatore è associata una tariffa.
3. La tariffa rappresenta il valore economico, espresso in valore assoluto o in percentuale sulla spesa, che la Mutua attribuisce alla specifica voce del nomenclatore ai fini del rimborso.
4. Le singole voci del nomenclatore, se pur direttamente collegate a tariffe specifiche, possono essere assoggettate a ulteriori limitazioni definite massimali.
5. I massimali possono essere:
 - a. economici (i.e. definiscono il valore massimo rimborsabile in un arco di tempo per una voce o gruppo di voci del nomenclatore);
 - b. a quantità (i.e. definiscono il numero massimo di occorrenze rimborsabili in un arco di tempo per una voce o gruppo di voci del nomenclatore);
 - c. a evento (i.e. definiscono il numero massimo di occorrenze rimborsabili, a quantità o valore, al verificarsi di un particolare evento sanitario).

Art. 46 - MODALITA' DI EROGAZIONE DEI SERVIZI

1. Il rimborso delle prestazioni sanitarie può essere erogato, a seconda delle specifiche contenute nel Piano sanitario, in forma:
 - a. indiretta o "rimborsuale";
 - b. diretta.
2. La forma indiretta è costituita dalla corresponsione del rimborso della spesa sanitaria sostenuta, nei limiti del nomenclatore tariffario e con le modalità indicate in ciascun Piano sanitario, mediante la presentazione dei documenti comprovanti la spesa.

3. La forma diretta è costituita dalla possibilità offerta all'assistito di fruire la prestazione sanitaria in una delle strutture facenti capo al *network* convenzionato. In tale forma di assistenza, il Piano sanitario può prevedere oneri totalmente a carico della Mutua o forme di compartecipazione alla spesa.

Art. 47 - PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE PER IL RIMBORSO IN FORMA INDIRETTA

1. La richiesta di rimborso in forma indiretta deve essere presentata con le modalità indicate in ciascun Piano sanitario.
2. La richiesta deve essere corredata della documentazione sanitaria e fiscale comprovante l'ammontare e il tipo di spesa sostenuta.
3. Ciascuna richiesta deve essere presentata entro la fine del trimestre solare successivo a quello di emissione della documentazione comprovante la spesa sanitaria.
4. La documentazione di cui al comma 2, per essere considerata valida, deve:
 - a. consentire la riferibilità di ciascun documento, sanitario e fiscale, all'assistito;
 - b. contenere la descrizione dettagliata delle prestazioni sanitarie, e rimanendo dunque a cura dell'assistito autorizzare il sanitario a indicare la specifica delle prestazioni effettuate;
 - c. contenere la data in cui le prestazioni sono state effettuate;
 - d. essere conforme alle norme di legge tempo per tempo vigenti in materia sanitaria e fiscale.
5. Le richieste presentate fuori termine o carenti di uno o più degli elementi indicati al comma precedente non potranno essere rimborsate. La Mutua potrà richiedere l'integrazione delle informazioni mancanti. Il Socio dovrà trasmettere la documentazione richiesta entro 30 giorni dalla notifica della domanda di integrazione. Il mancato invio entro i termini indicati comporta la decadenza dal diritto al rimborso delle spese, limitatamente ai documenti non completati. Tali documenti non potranno essere inclusi in istanze successive e, qualora venissero comunque presentati, non daranno in alcun caso diritto alla liquidazione delle relative somme.

Art. 48 - ACCESSO AI SERVIZI IN FORMA DIRETTA

1. La tipologia delle strutture convenzionate e i livelli di copertura, sono specificamente dettagliati nel Piano sanitario prescelto.
2. L'utilizzo della forma diretta è sempre subordinato alla regolarità della posizione amministrativa e per talune prestazioni sanitarie prevede la preventiva autorizzazione da parte della Mutua, che assume l'onere di rendere disponibili sul proprio sito istituzionale e nelle eventuali aree riservate tutte le informazioni necessarie a un agevole accesso alle strutture.
3. La Mutua non risponde in nessun modo per le prestazioni sanitarie erogate presso le strutture convenzionate.

Art. 49 - SPESE SANITARIE RIMBORSABILI DA DIVERSI ENTI/ASSICURAZIONI O DERIVANTI DA SINISTRI

1. La presentazione delle richieste di rimborso non può in ogni caso essere contraria alle disposizioni normative vigenti, pertanto, il Socio che aderisce a diverse forme di copertura sanitaria tra loro complementari dovrà presentare la richiesta di rimborso in via prioritaria all'ente che garantisce la minore copertura e ricorrere successivamente ad altro ente per accedere all'eventuale rimborso supplementare.
2. In tali circostanze:
 - a. la richiesta di rimborso dovrà essere corredata da copia della documentazione sanitaria e della documentazione comprovante il rimborso fruito dall'altro ente, rimanendo inteso che la Mutua interverrà per la parte rimasta a carico, sempre entro i limiti del nomenclatore tariffario;
 - b. i termini fissati per il diritto al rimborso decorreranno dalla data del rimborso erogato dall'altro ente.
3. Se le spese sanitarie sostenute dall'iscritto, e rimborsabili a norma del Regolamento applicativo del relativo Piano di copertura, sono state determinate da sinistri con responsabilità di terzi, il Socio si impegna a darne tempestiva comunicazione, compilando il modulo di surroga disponibile sul sito istituzionale della Mutua.
4. Con la comunicazione di cui al comma precedente, la Mutua potrà esercitare il diritto di surroga nei limiti delle somme rimborsate o rimborsabili dalla stessa.

Art. 50 - AVVIO DELLA COPERTURA E CARENZA

1. Il Socio a adesione individuale e i familiari tutti acquisiscono il diritto al rimborso delle prestazioni dal primo giorno del mese successivo al termine del periodo di carenza indicato nel modulo di iscrizione o nel modulo di cambio di Piano debitamente firmati, salvo quanto diversamente disposto nei Regolamenti dei singoli Piani sanitari. La carenza decorre dalla data di iscrizione o dalla data di attivazione del diverso Piano sanitario.
2. L'estensione della copertura mutualistica al familiare neonato, ove prevista dal Piano sanitario e richiesta dal Socio, non è assoggettata a carenza.

Art. 51 - SOSPENSIONE DEL SERVIZIO

1. I servizi mutualistici possono essere temporaneamente sospesi qualora la Mutua rilevi:
 - a. la sussistenza di uno stato di morosità del Socio;
 - b. l'irregolarità nel versamento dei contributi intermediati dall'aderente, sempreché la sospensione del servizio sia disciplinata nello strumento negoziale alla base dell'adesione collettiva;
 - c. l'irregolarità dell'aderente nella presentazione delle denunce di contribuzione per un periodo di tempo non inferiore a 3 mesi;

- d. il mancato inoltro della documentazione richiesta dalla Mutua per la corretta gestione del rapporto associativo e/o la corretta determinazione del contributo dovuto;
 - e. l'avvio di un procedimento amministrativo e/o giudiziale finalizzato alla risoluzione di una controversia di qualsivoglia natura o alla verifica della sussistenza dei requisiti di adesione collettiva o individuale nei confronti di un Socio o di un beneficiario capo nucleo in mutualità mediata.
2. La sospensione del servizio riguarda il Capo nucleo e tutti i familiari ai quali lo stesso abbia esteso la copertura mutualistica e permane fintantoché non venga rimossa la condizione che l'ha determinata.

Art. 52 - SERVIZI SANITARI FRUITI FUORI DAL TERRITORIO ITALIANO

1. Qualora non diversamente indicato nelle singole prestazioni o servizi, l'assistenza sanitaria è valida in tutto il mondo.
2. In caso di cure eseguite in Paesi esteri è necessario che le fatture siano debitamente compilate e ufficialmente tradotte, onde evitare che risultino mancanti o incomprensibili gli elementi necessari a una corretta valutazione, da parte della Mutua, dei rimborsi di competenza.
3. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi saranno eseguiti in Italia, in valuta corrente italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dal Socio, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

TITOLO XI - PROCEDURE DI VERIFICA

Art. 53 - VERIFICHE AMMINISTRATIVE

1. Qualora l'ammontare del contributo fosse dipendente dalla situazione reddituale del Socio o del beneficiario, la Mutua si riserva la possibilità di chiedere la presentazione della documentazione comprovante il livello di reddito.
2. La Mutua si riserva il diritto di eseguire verifiche. Nel caso in cui in sede di verifica il Socio o Aggregato non provveda a presentare documentazione reddituale, entro il termine di 6 mesi dalla notifica del procedimento di verifica, o qualora dai dati reddituali acquisiti si determini l'inquadramento in una fascia di contribuzione superiore rispetto a quella attribuita in via presuntiva, l'iscritto è tenuto al pagamento della differenza tra il minore contributo accertato in via presuntiva e il contributo associativo riferito alla fascia di contribuzione più alta, maggiorata di una somma aggiuntiva pari al 10% della stessa.

Art. 54 - VERIFICHE SANITARIE

1. La Mutua si riserva il diritto di chiedere ulteriore documentazione o di verificare, anche attraverso sanitari di propria fiducia, lo stato di malattia degli assistiti nonché la congruità e la pertinenza delle spese per le quali viene chiesto il concorso e di limitare l'intervento a quelle ritenute giustificate. Il rifiuto dell'assistito a sottoporsi ai controlli richiesti determina la perdita del diritto al rimborso.

TITOLO XII - PIANO SANITARIO DI PRIMA ADESIONE E SUE VARIAZIONI

Art. 55 - PIANO SANITARIO DI PRIMA ADESIONE

1. L'adozione del Piano sanitario è determinato:
 - a. nelle adesioni collettive, da quanto stabilito nello strumento negoziale corrispondente;
 - b. nelle adesioni individuali, dalla scelta effettuata dal Socio all'atto dell'iscrizione.
2. Nelle adesioni individuali la scelta del Piano sanitario è comunque subordinata al rispetto dei requisiti sanciti dallo Statuto, dal presente Regolamento e dal Piano sanitario stesso.

Art. 56 - CAMBIO DI PIANO SANITARIO (contribuzione ed erogazione del servizio)

1. Al Socio, o al Beneficiario Capo Nucleo, è consentito, salvo quanto diversamente disposto nei Regolamenti dei singoli Piani sanitari, di optare per un altro Piano sanitario; l'opzione può essere esercitata decorso il periodo minimo di tre anni di contribuzione del Piano sanitario di ingresso, rimanendo inteso che successivi cambi sono comunque subordinati, ciascuno, a una permanenza minima di tre anni nel Piano sanitario di provenienza. Tale limitazione non si applica alle adesioni in forma collettiva.
2. I singoli Piani sanitari prevedono l'età massima di prima iscrizione alla Mutua e l'età massima per la provenienza da un Piano sanitario che presenti un livello di contribuzione inferiore.
3. Al Socio è concessa la facoltà, per una sola volta nel corso del proprio rapporto con la Mutua, di passare da un Piano sanitario ad altro Piano sanitario che presenti un livello di contribuzione inferiore. Il cambio di Piano decorre dal primo giorno del trimestre successivo a quello di presentazione della richiesta.
4. L'opzione per il passaggio da un Piano sanitario a un altro (che non sia determinata da una adesione collettiva) deve essere esercitata entro il 1° dicembre e avrà effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo.
5. Il Socio che cessi il rapporto di lavoro con incentivazione all'esodo in attesa del trattamento pensionistico potrà optare, sempreché il trattamento incentivante sia documentato da accordi collettivi, per un Piano sanitario con un livello di contribuzione inferiore e potrà tornare in copertura al Piano sanitario precedente entro 6 mesi dall'ammissione al trattamento pensionistico.
6. Il cambio del Piano sanitario può essere richiesto esclusivamente dal Socio titolare mediante la presentazione del modulo predisposto dalla Mutua.

TITOLO XIII - NORME RESIDUALI

Art. 57 - RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE

1. Avverso i provvedimenti della Mutua in materia di costituzione, interruzione, sospensione e cessazione del vincolo associativo, di estensione del diritto alle prestazioni ai familiari, di contribuzione e di prestazioni è ammesso ricorso al Collegio dei Probiviri.
2. I ricorsi devono pervenire agli uffici della Mutua entro sessanta giorni dalla data di comunicazione.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE

SOCI A ADESIONE COLLETTIVA DECADUTI "INCENTIVATI ALL'ESODO IN ATTESA DI TRATTAMENTO PENSIONISTICO"

Decaduti dall'iscrizione prima dell'approvazione della presente proposta

I **SOCI DECADUTI** a seguito di cessazione del rapporto di lavoro, incentivati all'esodo in attesa del trattamento pensionistico, possono rientrare in copertura con la Mutua accedendo a uno dei Piani sanitari previsti, compreso il Piano Casagit.

Il rientro è ammesso:

Per quanti sono decaduti alla cessazione del rapporto di lavoro o al termine del trattamento agevolato a contribuzione zero (o equivalente) se il rapporto di lavoro che garantiva l'iscrizione alla Mutua è cessato per accordi collettivi di incentivo all'esodo comprovati da documentazione certa (comunicazioni agli ispettorati del lavoro e copia accordi):

- a. presentando domanda di adesione individuale entro e non oltre il 30/06/2023;
- b. senza limiti di età;
- c. con carenza di 90 giorni;
- d. con possibilità di reintegro dei familiari precedentemente iscritti (sempreché soddisfino i requisiti previsti dai Regolamenti applicativi);
- e. con la possibilità di opzionare il Piano Casagit con contribuzione agevolata prevista per i pensionati (sempreché soddisfino i requisiti previsti dai Regolamenti applicativi);
- f. presentando documentazione comprovante l'accordo collettivo di incentivazione all'esodo.

SOCI A ADESIONE INDIVIDUALE O COLLETTIVA DECADUTI PER RAGIONI DIVERSE DA QUELLE DI CUI AL PARAGRAFO PRECEDENTE

Decaduti dall'iscrizione prima dell'approvazione della presente proposta

I **SOCI DECADUTI** (aderenti collettivi o individuali), non facenti parte del gruppo individuato al

paragrafo precedente, possono rientrare in copertura scegliendo uno dei Piani sanitari previsti dalla Mutua, compreso il Piano Casagit e potranno usufruire del trattamento contributivo agevolato ove ne ricorrano i requisiti previsti dai Regolamenti applicativi del Piano sanitario scelto.

Il rientro è ammesso:

- a. presentando domanda di adesione individuale;
- b. nel rispetto del limite di età previsto dai Regolamenti applicativi;
- c. con carenza di 90 giorni;
- d. con possibilità di ripristinare contestualmente l'iscrizione dei familiari precedentemente iscritti (sempreché ne ricorrano i presupposti sanciti nei Regolamenti applicativi);
- e. con la possibilità di opzionare il Piano Casagit con contribuzione agevolata prevista per i pensionati (sempreché soddisfino i requisiti previsti dai Regolamenti applicativi).