

# **REGOLAMENTO ATTUATIVO DISPOSIZIONI STATUTARIE**

## **Società di Mutuo Soccorso Mutua Nuova Sanità ETS**

---

### **PARTE I – DISPOSIZIONI GENERALI**

#### **Articolo 1 – Premessa, fonti normative e coordinamento con lo Statuto**

Il presente Regolamento disciplina in modo organico e unitario il funzionamento delle gestioni mutualistiche sanitarie promosse ed erogate dalla Società di Mutuo Soccorso Mutua Nuova Sanità ETS (di seguito “Mutua”), in attuazione dello Statuto sociale vigente .

In particolare, il Regolamento si pone in diretta attuazione delle disposizioni statutarie concernenti le finalità istituzionali e le attività esercitabili (articolo 3 dello Statuto), la disciplina dei soci e del rapporto associativo (articoli 4, 5 e 6 dello Statuto), l’organizzazione interna per Sezioni (articolo 8 dello Statuto), nonché le competenze del Consiglio di Amministrazione e la determinazione della contribuzione associativa (articoli 21 e 23 dello Statuto).

Il presente Regolamento è altresì adottato nel rispetto della normativa vigente in materia, ed in particolare della Legge 15 aprile 1886 n. 3818, del Decreto Legislativo 3 luglio 2017 n. 117 (Codice del Terzo Settore), del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e dell’articolo 51, comma 2, lettera a) del DPR 917/1986, nonché delle disposizioni relative all’Anagrafe dei Fondi Sanitari.

Le disposizioni del presente Regolamento hanno carattere generale e si applicano a tutte le forme di assistenza sanitaria mutualistica attivate dalla Mutua, sia nell’ambito dei fondi sanitari integrativi sia nell’ambito delle gestioni mutualistiche collettive non riconducibili a tale disciplina.

---

#### **Articolo 2 – Natura mutualistica delle attività e principi generali**

Le attività disciplinate dal presente Regolamento costituiscono espressione delle finalità mutualistiche della Mutua, così come definite dallo Statuto, e sono improntate ai principi di solidarietà, uguaglianza tra i soci e assenza di fini di lucro.

---

#### **Articolo 3 – Articolazione delle gestioni mutualistiche**

In attuazione delle finalità previste dall’articolo 3 dello Statuto, le attività mutualistiche sanitarie della Mutua si articolano in due ambiti distinti ma tra loro coordinati.

Il primo ambito è costituito dalle gestioni riconducibili ai Fondi Sanitari Integrativi, istituite e gestite nel rispetto della normativa vigente e iscritte all’Anagrafe dei Fondi Sanitari, ai sensi dell’articolo 51, comma 2, lettera a) del TUIR, di cui alla successiva - **PARTE II -  
REGOLAMENTO DEL FONDO SANITARIO PLURISSETTORIALE**

Il secondo ambito è rappresentato dalle gestioni mutualistiche derivanti da adesioni volontarie aggregate o associative, promosse nell’ambito di convenzioni con enti, cooperative o gruppi organizzati di soci, che non rientrano nella disciplina dei fondi sanitari integrativi ma costituiscono comunque piena espressione dell’attività mutualistica istituzionale, di cui alla successiva - **PARTE III REGOLAMENTO ALTRE GESTIONI MUTUALISTICHE-**

Tali ambiti, pur distinguendosi sotto il profilo giuridico e fiscale, sono riconducibili ad un sistema unitario fondato sui medesimi principi mutualistici.

## **PARTE II - REGOLAMENTO DEL FONDO SANITARIO PLURISETTORIALE**

---

### **Articolo 1 – Premessa**

Il presente Regolamento disciplina in modo organico il funzionamento del Fondo Sanitario Plurisettoriale istituito e gestito dalla Società di Mutuo Soccorso Mutua Nuova Sanità ETS (di seguito “Mutua”), in attuazione delle disposizioni contenute nello Statuto sociale vigente e nel rispetto della normativa applicabile in materia di mutualità volontaria, sanità integrativa e enti del Terzo Settore.

Il Fondo costituisce uno strumento mutualistico attraverso il quale la Mutua realizza attività di assistenza sanitaria integrativa in favore dei propri soci, in conformità alla Legge 15 aprile 1886 n. 3818 e successive modificazioni, al D.Lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore), al D.Lgs. 502/1992 e all’articolo 51, comma 2, lettera a) del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 917/1986).

Il presente Regolamento stabilisce principi, criteri generali e modalità di funzionamento del Fondo, applicabili a tutte le gestioni mutualistiche attivate per la gestione di un Fondo Sanitario integrativo del SSN

---

### **Articolo 2 – Ambito di applicazione**

Le gestioni disciplinate dal presente regolamento sono riconducibili ai Fondi Sanitari Integrativi istituiti e gestiti dalla Mutua, nell’ambito delle finalità previste dall’articolo 3 dello Statuto.

Esse operano nel rispetto:

- dell’articolo 51, comma 2, lettera a), del DPR 917/1986 (TUIR);
- del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;
- dei decreti attuativi in materia di Anagrafe dei Fondi Sanitari;
- delle disposizioni del Codice del Terzo Settore, ove compatibili;
- di ogni ulteriore normativa fiscale, sanitaria e regolamentare applicabile.

In tale ambito rientra il Fondo Sanitario Plurisettoriale “Fondo Sanitario – C.F. 01697790358 – FONDO MUTUA NUOVA’ SANITA’”, iscritto all’Anagrafe dei Fondi Sanitari, nel quale confluiscono le attività di assistenza sanitaria integrativa erogate in forma collettiva, sulla base di accordi, contratti o regolamenti aziendali applicabili a categorie omogenee di soggetti. Sono escluse le adesioni non riconducibili a tali ambiti.

Il Fondo costituisce una gestione separata sotto il profilo tecnico-contabile (Rendiconto sezionale “Fondi sanitari”), pur rimanendo nell’ambito dell’unitarietà giuridica della Mutua.

Le prestazioni erogate dai Fondi Sanitari Integrativi sono esclusivamente finalizzate a integrare i livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale, in conformità al Decreto del Ministro della Salute 31 marzo 2008 e successive modificazioni (c.d. Decreto Sacconi).

Tali prestazioni:

- ✓ hanno carattere esclusivamente integrativo e in nessun caso sostitutivo rispetto a quelle garantite dal Servizio Sanitario Nazionale;
  - ✓ sono erogate nel rispetto dei principi di solidarietà, mutualità e sostenibilità economico-finanziaria;
  - ✓ sono conformi ai vincoli di composizione delle prestazioni previsti dalla normativa vigente, con particolare riferimento alla quota minima di risorse destinata alle prestazioni vincolate ai fini dell'iscrizione all'Anagrafe dei Fondi Sanitari.
- 

### **Articolo 3 – Natura del Fondo e principi di funzionamento**

Il Fondo Sanitario Mutua Nuova Sanità costituisce una gestione mutualistica interna alla Mutua, priva di autonoma soggettività giuridica, ed è improntato ai principi di solidarietà, mutualità, partecipazione democratica e assenza di fini di lucro.

Le prestazioni erogate dal Fondo non hanno natura assicurativa e non derivano da contratti di assicurazione, salvo che per eventuali prestazioni accessorie o strumenti complementari; esse si fondano esclusivamente sul rapporto associativo tra la Mutua e i soci e sulla ripartizione mutualistica delle risorse disponibili.

La gestione del Fondo:

- è improntata a criteri di autosufficienza economico-finanziaria e partecipa ai fondi di riserva mutualistici nell'ambito del bilancio della Mutua;
- garantisce l'adeguatezza e l'appropriatezza delle coperture rispetto ai bisogni assistenziali degli iscritti;
- assicura la piena conformità ai requisiti normativi previsti per l'iscrizione e il mantenimento nell'Anagrafe dei Fondi Sanitari, nonché per il riconoscimento e la conservazione delle agevolazioni fiscali.

Eventuali avanzi o disavanzi di gestione sono gestiti nell'ambito del sistema mutualistico complessivo della Mutua e imputati alla voce "Riserve garanzie fondi sanitari" tra le Riserve vincolate

---

### **Articolo 4 – Articolazione in Sezioni soci**

Ai sensi dell'articolo 8 dello Statuto, per ciascun Fondo sanitario integrativo è istituita una Sezione soci, quale articolazione organizzativa interna della Mutua.

Le Sezioni soci non hanno autonomia giuridica né patrimoniale e operano esclusivamente nell'ambito dell'organizzazione unitaria della Mutua, con funzioni di carattere organizzativo, gestionale e partecipativo.

Esse rappresentano strumenti di facilitazione della gestione delle prestazioni e di coinvolgimento degli associati, senza incidere sulla titolarità del rapporto mutualistico, che resta in capo alla Mutua.

Il funzionamento delle Sezioni-soci è definito in apposito Regolamento approvato dall'Assemblea dei soci

---

## **Articolo 5 – Adesione al Fondo Sanitario Integrativo**

L'adesione al Fondo è subordinata all'ammissione a socio ordinario della Mutua, ai sensi dello Statuto.

La richiesta di adesione dei lavoratori avviene in forma collettiva sulla base delle convenzioni stipulate con aziende o cooperative, mediante trasmissione, secondo le modalità operative previste nella convenzione, dei dati anagrafici necessari all'identificazione dei soggetti aderenti (nome, cognome, codice fiscale, sesso, luogo e data di nascita), tramite apposito tracciato in formato elettronico.

L'ammissione a socio è deliberata dal Consiglio di Amministrazione, quale organo competente ai sensi dello Statuto, e costituisce condizione necessaria per l'instaurazione del rapporto mutualistico e per l'accesso alle prestazioni. In assenza della relativa delibera, il rapporto associativo non si intende perfezionato e non sorge alcun diritto alle prestazioni.

Ai soli fini descrittivi e organizzativi, i soci che aderiscono tramite convenzioni collettive possono essere qualificati come "aderenti tramite Fondo" o "aderenti tramite convenzione", senza che ciò comporti l'istituzione di una distinta categoria giuridica di soci.

---

## **Articolo 6 – Decorrenza del diritto alle prestazioni**

Il diritto alle prestazioni mutualistiche decorre dalla data della delibera di ammissione a socio da parte del Consiglio di Amministrazione, a condizione che risultino adempiuti gli obblighi contributivi previsti.

L'erogazione delle prestazioni può essere subordinata al rispetto di eventuali periodi di carenza stabiliti dalle convenzioni o nei nomenclatori applicabili ad esse .

---

## **Articolo 7 – Diritti e doveri dei soci**

I soci partecipano allo scambio mutualistico secondo le modalità previste dallo Statuto e dal presente Regolamento.

Essi hanno diritto di beneficiare delle prestazioni mutualistiche nei limiti e secondo le condizioni previste, nonché di partecipare alla vita associativa, esercitando i diritti amministrativi e politici previsti dallo Statuto.

I soci sono tenuti al rispetto delle disposizioni statutarie e regolamentari, al comportamento corretto nei confronti della Mutua e degli altri soci e al versamento puntuale dei contributi associativi.

---

## **Articolo 8 – Contribuzione**

La contribuzione al Fondo è determinata sulla base delle convenzioni collettive stipulate con aziende o cooperative per la gestione del Fondo sanitario e può comprendere quote a carico del datore di lavoro, del lavoratore e degli eventuali familiari aderenti. L'entità dei contributi, le modalità di versamento, le scadenze e ogni altra condizione economica sono stabilite dal Consiglio di Amministrazione in relazione alle specifiche convenzioni, nel rispetto delle disposizioni statutarie.

I datori di lavoro che hanno sottoscritto la convenzione per la copertura sanitaria dei propri dipendenti ai sensi dell'articolo 51, comma 2, lettera a) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 (T.U.I.R.), versano alla Mutua, entro la fine del mese di gennaio di ciascun anno, ovvero entro diverso termine eventualmente concordato nella convenzione-piano, i contributi di assistenza sanitaria relativi ai dipendenti interessati per l'intero anno solare, salvo eventuali modalità di frazionamento previste dalla convenzione stessa. Il datore di lavoro provvede al versamento sia della quota a proprio carico sia, ove previsto, anticipando la quota di competenza del lavoratore, inclusa quella relativa all'eventuale estensione della copertura ai familiari, con facoltà di operare la relativa trattenuta in busta paga; resta ferma la possibilità per il lavoratore di versare direttamente alla Mutua la quota di propria competenza o le eventuali integrazioni per l'estensione della copertura. Su richiesta del datore di lavoro può essere autorizzato il pagamento rateizzato, sulla base del calcolo effettuato all'inizio dell'anno in relazione agli iscritti, salvo diversa previsione della convenzione-piano. Per gli anni successivi i contributi devono essere versati entro il mese di gennaio, o entro diverso termine eventualmente stabilito dalla convenzione. Il mancato o irregolare versamento comporta la sospensione delle prestazioni mutualistiche e, nei casi previsti, dei diritti sociali fino alla regolarizzazione della posizione.

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 51, comma 2, lettera a) del T.U.I.R., i contributi versati dal datore di lavoro e/o dal lavoratore a favore del Fondo sanitario, gestito da società di mutuo soccorso avente esclusivamente finalità assistenziale, in conformità a disposizioni di legge, di contratto collettivo o di accordo, non concorrono alla formazione del reddito di lavoro dipendente e non sono soggetti a contribuzione previdenziale e assistenziale ordinaria, restando a carico del datore di lavoro esclusivamente il contributo di solidarietà nella misura del 10%, secondo la normativa vigente.

Mutua deve garantire il rispetto dei requisiti previsti dal Decreto Ministeriale 27 ottobre 2009, destinando almeno il 20% delle risorse complessivamente impiegate a prestazioni vincolate di natura socio-sanitaria, incluse quelle riabilitative e odontoiatriche, al fine del mantenimento del regime di non imponibilità fiscale.

---

## **Articolo 9 – Prestazioni di assistenza sanitaria - Nomenclatore**

Le prestazioni di assistenza sanitaria integrativa sono erogate nel rispetto dei requisiti previsti dallo Statuto e sono disciplinate, per quanto di dettaglio, dai Nomenclatori delle Prestazioni di Assistenza Sanitaria Integrativa.

Per ciascuna gestione attivata mediante convenzione collettiva è adottato uno specifico Nomenclatore, coerente con le disposizioni contrattuali in materia di assistenza sanitaria integrativa e/o con regolamenti o accordi aziendali.

Il Consiglio di Amministrazione predispone e approva annualmente i Nomenclatori delle Prestazioni di Assistenza Sanitaria Integrativa, nonché un documento di sintesi complessivo (di seguito, anche “Nomenclatore generale”), che costituisce il riferimento tecnico per la disciplina delle prestazioni e contiene, in modo analitico, l’elenco delle prestazioni, le relative descrizioni, i limiti economici, le eventuali esclusioni, nonché le modalità di accesso, rimborso o liquidazione, riferibili alle singole gestioni.

Gli aggiornamenti annuali dei Nomenclatori delle Prestazioni di Assistenza Sanitaria Integrativa, nonché del relativo documento di sintesi ( Nomenclatore generale) non comportano modifica del presente Regolamento, in quanto attengono esclusivamente alla disciplina di dettaglio delle prestazioni.

I Nomenclatori non possono in ogni caso derogare ai principi stabiliti dallo Statuto e dal presente Regolamento.

### **Costituiscono contenuti minimi dei Nomenclatori:**

- ✓ le prestazioni garantite;
- ✓ i massimali annui di copertura;
- ✓ le franchigie e gli scoperti applicabili, anche in misura variabile in relazione alle singole garanzie;
- ✓ i beneficiari delle prestazioni;
- ✓ le modalità di accesso alle prestazioni;
- ✓ le eventuali esclusioni;
- ✓ le modalità e le tempistiche di rimborso;
- ✓ ogni ulteriore elemento necessario a garantire trasparenza nell’erogazione delle prestazioni mutualistiche ai soci.

### **Le prestazioni possono comprendere, a titolo esemplificativo:**

- ✓ assistenza domiciliare;
- ✓ prestazioni specialistiche e diagnostiche;
- ✓ ricoveri e interventi chirurgici;
- ✓ prestazioni odontoiatriche;
- ✓ prestazioni in ambito socio-assistenziale e socio-sanitario.

### **Modalità di erogazione delle prestazioni**

L’assistenza sanitaria integrativa può essere erogata:

a) **in forma diretta**, mediante accesso alle prestazioni presso strutture sanitarie convenzionate, con applicazione delle condizioni economiche previste dalle convenzioni; restano a carico dell'assistito eventuali franchigie, scoperti o altre quote previste;

b) **in forma indiretta**, mediante rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'assistito, nei limiti, alle condizioni e secondo le modalità previste dal Nomenclatore applicabile.

c) **attraverso l'erogazione di servizi presso il domicilio dell'assistito.**

La Mutua può altresì avvalersi, limitatamente a specifiche prestazioni accessorie o strumentali alla copertura di determinati rischi, di accordi di riassicurazione ovvero di forme di mutualità mediata, nel rispetto dello Statuto e della normativa vigente.

Le prestazioni sono erogate esclusivamente in favore dei soci ordinari e dei beneficiari previsti dalle convenzioni.

---

## **Articolo 10 – Convenzioni per la gestione del Fondo Sanitario Integrativo**

Le convenzioni di gestione regolano i rapporti tra la Mutua e il Datore di Lavoro in relazione all'istituzione e alla gestione dei Fondi sanitari, definendo in particolare le prestazioni mutualistiche, i contributi e gli aspetti operativi specifici del singolo Fondo.

Per quanto non espressamente previsto nelle singole convenzioni, si applicano le disposizioni del presente Regolamento e dello Statuto.

Le convenzioni possono avere durata annuale o pluriennale, prevedere forme di rinnovo automatico, nonché disciplinare le modalità di recesso secondo quanto stabilito nei singoli accordi e nello Statuto.

Spetta al Consiglio di Amministrazione della Mutua deliberare l'approvazione delle convenzioni per la gestione dei fondi sanitari integrativa

---

## **Articolo 11 – Nuove ammissioni e cessazioni**

I lavoratori assunti successivamente all'attivazione della convenzione per la gestione del Fondo Sanitario possono essere iscritti al Fondo secondo le modalità previste nel testo di convenzione, acquisendo la qualifica di socio ordinario e i relativi diritti – obblighi a seguito della delibera del Consiglio di Amministrazione.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro, cessano gli obblighi contributivi a carico del datore di lavoro, secondo quanto previsto dalle convenzioni. Restano ferme le eventuali disposizioni delle convenzioni o dello Statuto in merito alla permanenza del rapporto associativo.

---

## **Articolo 12 – Decadenza e cessazione dei diritti**

Il diritto alle prestazioni mutualistiche cessa nei seguenti casi:

- recesso del socio, a decorrere dalla data di efficacia dello stesso ai sensi dello Statuto;

- perdita della qualifica di socio per qualsiasi causa prevista dallo Statuto;
- esclusione deliberata dagli organi sociali nei casi previsti dallo Statuto;
- decesso del socio.

La cessazione del rapporto mutualistico comporta l'impossibilità di accedere a ulteriori prestazioni a decorrere dalla data di efficacia del recesso, dell'esclusione o dalla perdita della qualità di socio, secondo quanto previsto dallo Statuto.

---

### **Articolo 13 – Gestione mutualistica**

La gestione del Fondo è improntata a criteri di solidarietà, equilibrio economico e sostenibilità nel tempo e si basa sulla ripartizione mutualistica delle risorse tra i soci.

La Mutua può avvalersi, per la gestione di specifiche prestazioni o per particolari ambiti di rischio, di strumenti tecnici quali accordi di mutualità mediata o convenzioni con soggetti terzi, mantenendo in ogni caso la titolarità esclusiva del rapporto mutualistico con i soci.

Le prestazioni previste nelle coperture ed i relativi contributi di assistenza sanitaria potranno subire annualmente delle variazioni a seconda dell'andamento tecnico della gestione della copertura, documentabile dal rapporto contributi / erogazioni, o in base alle volontà delle parti.

Le condizioni potranno inoltre essere rinegoziate in qualsiasi momento nel caso in cui, per effetto di nuove condizioni contrattuali per i dipendenti, o a causa di nuove disposizioni di legge, si ritenga opportuna e/o necessaria una revisione, in accordo tra le parti.

---

### **Articolo 14 – Estensione ai familiari**

Le prestazioni possono essere estese ai familiari conviventi del socio, secondo quanto previsto dalle convenzioni collettive o dai disposti contrattuali in materia di assistenza sanitaria integrativa, in qualità di beneficiari

L'eventuale estensione deve avvenire secondo criteri non selettivi e deve mantenere validità per l'intera durata della convenzione, salvo diverse disposizioni concordate tra le parti.

### **Articolo 15 – Trattamento dei dati personali**

Il trattamento dei dati personali dei soci e dei beneficiari avviene nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale applicabile.

I dati sono trattati esclusivamente per finalità connesse alla gestione del rapporto mutualistico, all'erogazione delle prestazioni e all'adempimento degli obblighi di legge.

---

### **Articolo 16 – Reclami**

Eventuali reclami o richieste di chiarimento sono gestiti dalla Mutua secondo quanto previsto negli accordi di convenzione tra le parti nel rispetto dei principi di trasparenza, correttezza e tutela del socio, e nel rispetto delle disposizioni statutarie in materia di Controversie ( art. 27 Statuto Sociale )

---

### **Articolo 17 – Gerarchia delle fonti**

Il presente Regolamento è attuativo dello Statuto sociale e deve essere interpretato in coerenza con esso.

In caso di contrasto prevalgono:

1. lo Statuto;
2. il presente Regolamento;
3. le convenzioni e i nomenclatori assistenziali.

---

### **Articolo 18 – Norma di rinvio**

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento si applicano lo Statuto della Mutua, le deliberazioni degli organi sociali e la normativa vigente.

---

### **Articolo 19 – Entrata in vigore**

Il presente Regolamento entra in vigore a seguito dell'approvazione da parte dell'Assemblea dei soci ai sensi dell'articolo 11 dello Statuto.

Ogni modifica del presente Regolamento deve essere predisposta dal Consiglio di Amministrazione ai sensi dell'articolo 9 dello Statuto e sottoposta all'approvazione dell'Assemblea.

## **PARTE III - REGOLAMENTO ALTRE GESTIONI MUTUALISTICHE**

---

### **Articolo 1 – Premessa e ambito di applicazione**

Il presente Regolamento disciplina le modalità di istituzione e gestione delle convenzioni, degli accordi e dei piani mutualistici promossi dalla Società di Mutuo Soccorso Mutua Nuova Sanità ETS (di seguito “Mutua”), con riferimento ad adesioni collettive, volontarie o aggregate non riconducibili a rapporti di lavoro dipendente.

Le suddette gestioni, aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria integrativa al di fuori dei regimi di welfare aziendale di cui all'art. 51 del TUIR, costituiscono, ai sensi dell'articolo 3 dello Statuto, attuazione delle finalità mutualistiche e assistenziali della Mutua, con particolare riferimento alle attività di assistenza sanitaria integrativa erogate a favore dei soci, anche in forma collettiva tramite enti, associazioni, società, sindacati e altri soggetti.

Tali attività sono svolte senza fini di lucro, nel rispetto dei principi di mutualità, solidarietà e tutela sociale, in conformità alla Legge 15 aprile 1886 n. 3818, al D.Lgs. 117/2017 e alle ulteriori disposizioni normative vigenti.

---

### **Articolo 2 – Natura delle gestioni e principi di funzionamento**

Le prestazioni erogate nell'ambito delle presenti gestioni non hanno natura assicurativa e non derivano da contratti di assicurazione, salvo eventuali coperture accessorie o strumenti complementari; esse si fondano esclusivamente sul rapporto associativo tra la Mutua e i soci e sul principio di mutualità.

La gestione mutualistica è improntata:

- ai principi di solidarietà, mutualità, partecipazione democratica e assenza di fini di lucro;
- a criteri di equilibrio ed autosufficienza economico-finanziaria;
- all'adequazione e appropriatezza delle prestazioni rispetto ai bisogni assistenziali degli iscritti.

Le presenti gestioni sono organizzate nell'ambito di una articolazione mutualistica sezionale separata (Rendiconto sezionale “Altre gestioni mutualistiche”), coerente con la natura delle adesioni ferma restando l'unitarietà giuridica della Mutua.

Eventuali avanzi o disavanzi di gestione sono imputati al sistema mutualistico complessivo della Mutua e destinati alle riserve patrimoniali, nell'ambito delle riserve vincolate.

### **Articolo 3 – Articolazione in Sezioni soci**

Ai sensi dell'articolo 8 dello Statuto , per ciascuna convenzione collettiva o aggregazione è istituita una Sezione soci, quale articolazione organizzativa interna della Mutua.

Le Sezioni soci non hanno autonomia giuridica né patrimoniale e operano esclusivamente nell'ambito dell'organizzazione unitaria della Mutua, con funzioni di carattere organizzativo, gestionale e partecipativo.

Esse rappresentano strumenti di facilitazione della gestione delle prestazioni e di coinvolgimento degli associati, senza incidere sulla titolarità del rapporto mutualistico, che resta in capo alla Mutua.

Il funzionamento delle Sezioni-soci è definito in apposito Regolamento approvato dall'Assemblea dei soci

---

### **Articolo 4 – Adesione al Piano Mutualistico**

L'iscrizione dei soci avviene sulla base di convenzioni, accordi o piani mutualistici stipulati con enti, organizzazioni, cooperative o aziende, mediante trasmissione dei dati anagrafici necessari all'identificazione dei soggetti aderenti, secondo modalità operative definite dalla Mutua.

L'adesione al piano mutualistico comporta l'acquisizione della qualifica di socio ordinario della Mutua, ai sensi dello Statuto.

L'ammissione a socio è deliberata dal Consiglio di Amministrazione, quale organo competente ai sensi dello Statuto, e costituisce condizione necessaria per l'instaurazione del rapporto mutualistico e per l'accesso alle prestazioni. In assenza della relativa delibera, il rapporto associativo non può ritenersi perfezionato né possono sorgere diritti alle prestazioni.

Ai soli fini organizzativi e descrittivi, i soci che aderiscono tramite convenzioni o piani mutualistici possono essere qualificati come "aderenti tramite piani mutualistici", senza che ciò comporti la creazione di una distinta categoria giuridica di soci.

---

### **Articolo 5 – Decorrenza del diritto alle prestazioni**

Il diritto alle prestazioni mutualistiche decorre dalla data della delibera di ammissione a socio da parte del Consiglio di Amministrazione, a condizione che risultino adempiuti gli obblighi contributivi previsti.

L'erogazione delle prestazioni è inoltre subordinata al rispetto di eventuali periodi di carenza stabiliti dalle convenzioni o nei nomenclatori applicabili ad esse .

## **Articolo 6 – Diritti e doveri dei soci**

I soci partecipano allo scambio mutualistico secondo le modalità previste dallo Statuto e dal presente Regolamento.

Essi hanno diritto di beneficiare delle prestazioni mutualistiche nei limiti e secondo le condizioni previste, nonché di partecipare alla vita associativa, esercitando i diritti amministrativi e politici previsti dallo Statuto.

I soci sono tenuti al rispetto delle disposizioni statutarie e regolamentari, al comportamento corretto nei confronti della Mutua e degli altri soci e al versamento puntuale dei contributi associativi.

---

## **Articolo 7 – Contribuzione**

Nell'ambito delle adesioni collettive non derivanti da rapporti di lavoro, i soggetti aderenti (enti, organizzazioni, associazioni, cooperative o altri soggetti collettivi) che abbiano sottoscritto un accordo o piano mutualistico per la copertura sanitaria dei propri soci provvedono al versamento alla Mutua dei contributi di assistenza sanitaria secondo le modalità e i termini previsti nella convenzione o nel piano mutualistico.

Salvo diverso accordo, i contributi sono versati entro la fine del mese di gennaio di ciascun anno e si riferiscono all'intero anno solare, ovvero secondo eventuali modalità di frazionamento stabilite.

Il soggetto aderente versa la quota prevista per ciascun socio iscritto al piano mutualistico e può, ove previsto, sostenere anche in tutto o in parte la quota di competenza del socio, ivi incluse eventuali integrazioni o estensioni della copertura ai familiari, secondo quanto stabilito negli accordi intercorsi.

Resta ferma la possibilità per il socio di provvedere direttamente al versamento alla Mutua della quota di propria competenza, nonché di eventuali contributi aggiuntivi relativi a integrazioni di copertura o estensioni facoltative.

Per gli anni successivi, i contributi sono versati con le medesime modalità e tempistiche, salvo diversa previsione contenuta nella convenzione o nel piano mutualistico.

---

## **Articolo 8 – Prestazioni e Nomenclatore**

Le prestazioni di assistenza sanitaria integrativa sono erogate nel rispetto dei requisiti previsti dallo Statuto e sono disciplinate, per quanto di dettaglio, dai Nomenclatori delle Prestazioni di Assistenza Sanitaria Integrativa.

Per ciascuna gestione attivata mediante accordo mutualistico/piano mutualistico è adottato uno specifico Nomenclatore definito in accordo tra le parti nel rispetto dei disposti Statutari

Il Consiglio di Amministrazione predispone e approva annualmente i Nomenclatori delle Prestazioni di Assistenza Sanitaria Integrativa, nonché un documento di sintesi complessivo (di seguito, anche "Nomenclatore generale"), che costituisce il riferimento tecnico per la

disciplina delle prestazioni e contiene, in modo analitico, l'elenco delle prestazioni, le relative descrizioni, i limiti economici, le eventuali esclusioni, nonché le modalità di accesso, rimborso o liquidazione, riferibili alle singole gestioni.

Gli aggiornamenti annuali dei Nomenclatori delle Prestazioni di Assistenza Sanitaria Integrativa, nonché del relativo documento di sintesi ( Nomenclatore generale ) non comportano modifica del presente Regolamento, in quanto attengono esclusivamente alla disciplina di dettaglio delle prestazioni.

I Nomenclatori non possono in ogni caso derogare ai principi stabiliti dallo Statuto e dal presente Regolamento.

**Costituiscono contenuti minimi dei Nomenclatori:**

- le prestazioni garantite;
- i massimali annui di copertura;
- le franchigie e gli scoperti applicabili, anche in misura variabile in relazione alle singole garanzie;
- i beneficiari delle prestazioni;
- le modalità di accesso alle prestazioni;
- le eventuali esclusioni;
- le modalità e le tempistiche di rimborso;
- ogni ulteriore elemento necessario a garantire trasparenza nell'erogazione delle prestazioni mutualistiche ai soci.

Le prestazioni possono comprendere, a titolo esemplificativo:

- assistenza domiciliare;
- prestazioni specialistiche e diagnostiche;
- ricoveri e interventi chirurgici;
- prestazioni odontoiatriche;
- prestazioni in ambito socio-assistenziale e socio-sanitario.

---

**Articolo 9 – Modalità di erogazione delle prestazioni**

L'assistenza sanitaria integrativa può essere erogata:

a) **in forma diretta**, mediante accesso alle prestazioni presso strutture sanitarie convenzionate, con applicazione delle condizioni economiche previste dalle convenzioni; restano a carico dell'assistito eventuali franchigie, scoperti o altre quote previste;

b) **in forma indiretta**, mediante rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'assistito, nei limiti, alle condizioni e secondo le modalità previste dal Nomenclatore applicabile.

c) **attraverso l'erogazione di servizi presso il domicilio dell'assistito.**

La Mutua può altresì avvalersi, limitatamente a specifiche prestazioni accessorie o strumentali alla copertura di determinati rischi, di accordi di riassicurazione ovvero di forme di mutualità mediata, nel rispetto dello Statuto e della normativa vigente.

Le prestazioni sono erogate esclusivamente in favore dei soci ordinari e dei beneficiari previsti dalle convenzioni.

---

## **Articolo 10 – Convenzione/accordo mutualistico per la gestione del piano sanitario integrativo**

Le convenzioni o accordi mutualistici disciplinano i rapporti tra la Mutua e i soggetti aderenti (enti, organizzazioni, associazioni, cooperative o altri soggetti collettivi) nell'ambito delle adesioni collettive non connesse a rapporti di lavoro, regolando la gestione dei piani sanitari e definendo, in particolare, le prestazioni mutualistiche, i contributi e gli aspetti operativi specifici di ciascun piano.

Per quanto non espressamente previsto nei singoli accordi, si applicano le disposizioni del presente Regolamento e dello Statuto della Mutua.

Le convenzioni o accordi mutualistici possono avere durata annuale o pluriennale, prevedere forme di rinnovo, anche automatico, nonché disciplinare le modalità di recesso, in coerenza con quanto stabilito nei singoli accordi e nello Statuto.

L'approvazione delle convenzioni o accordi mutualistici e la gestione dei relativi piani sanitari rientrano nelle competenze del Consiglio di Amministrazione della Mutua.

---

## **Articolo 11 – Nuove ammissioni e cessazioni**

Nell'ambito delle adesioni collettive non connesse a rapporti di lavoro, l'ammissione dei soci decorre dalla delibera del Consiglio di Amministrazione della Mutua, a condizione che risultino adempiuti gli obblighi contributivi previsti dalla convenzione o dal piano mutualistico.

In caso di cessazione del rapporto tra il socio e il soggetto aderente (ente, organizzazione, associazione o cooperativa), cessano gli obblighi contributivi connessi al piano mutualistico, secondo quanto previsto nella relativa convenzione o accordo.

Resta ferma l'applicazione delle disposizioni dello Statuto e degli accordi mutualistici in ordine alla eventuale permanenza del rapporto associativo e alle condizioni di accesso alle prestazioni.

---

## **Articolo 12 – Decadenza e cessazione dei diritti**

Il diritto alle prestazioni mutualistiche cessa nei seguenti casi:

- recesso del socio, a decorrere dalla data di efficacia dello stesso ai sensi dello Statuto;
- perdita della qualifica di socio per qualsiasi causa prevista dallo Statuto;

- esclusione deliberata dagli organi sociali nei casi previsti dallo Statuto;
- decesso del socio.

La cessazione del rapporto mutualistico comporta l'impossibilità di accedere a ulteriori prestazioni a decorrere dalla data di efficacia del recesso, dell'esclusione o dalla perdita della qualità di socio, secondo quanto previsto dallo Statuto.

---

### **Articolo 13 – Gestione mutualistica e strumenti tecnici**

La gestione è improntata a criteri di solidarietà, equilibrio economico-finanziario e sostenibilità nel tempo e si basa sulla ripartizione mutualistica delle risorse tra i soci.

La Mutua può avvalersi, per la gestione di specifiche prestazioni o di particolari ambiti di rischio, di strumenti tecnici quali accordi di mutualità mediata o convenzioni con soggetti terzi, mantenendo in ogni caso la titolarità esclusiva del rapporto mutualistico con i soci.

Le prestazioni previste nei piani mutualistici e i relativi contributi di assistenza sanitaria possono essere oggetto di aggiornamento periodico, anche su base annuale, in relazione all'andamento tecnico della gestione, desumibile dal rapporto tra contributi ed erogazioni, nonché sulla base delle valutazioni condivise tra le parti.

Le condizioni dei piani possono inoltre essere rinegoziate in qualsiasi momento, in presenza di mutamenti del contesto normativo, regolamentare o gestionale, ovvero di esigenze sopravvenute connesse alle adesioni collettive, previo accordo tra le parti.

---

### **Articolo 14 – Estensione ai familiari**

le prestazioni possono essere estese ai familiari del socio, secondo quanto previsto dalle convenzioni o dai piani mutualistici, in qualità di beneficiari.

L'estensione della copertura avviene secondo criteri oggettivi e non selettivi, definiti nei singoli accordi, e si applica per l'intera durata del piano mutualistico, salvo diversa previsione espressamente concordata tra le parti.

Le modalità operative, i limiti e gli eventuali contributi aggiuntivi connessi all'estensione ai familiari sono disciplinati dalle convenzioni o dai piani mutualistici.

---

### **Articolo 15 – Trattamento dei dati personali**

Il trattamento dei dati personali dei soci e dei beneficiari avviene nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale applicabile.

I dati sono trattati esclusivamente per finalità connesse alla gestione del rapporto mutualistico, all'erogazione delle prestazioni e all'adempimento degli obblighi di legge.

---

## **Articolo 16 – Reclami**

Eventuali reclami o richieste di chiarimento sono gestiti dalla Mutua secondo quanto previsto negli accordi di convenzione tra le parti nel rispetto dei principi di trasparenza, correttezza e tutela del socio, e nel rispetto delle disposizioni statutarie in materia di Controversie ( art. 27 Statuto Sociale )

---

## **Articolo 17 – Gerarchia delle fonti**

Il presente Regolamento è attuativo dello Statuto sociale e deve essere interpretato in coerenza con esso.

In caso di contrasto prevalgono:

1. lo Statuto;
  2. il presente Regolamento;
  3. le convenzioni e i nomenclatori assistenziali.
- 

## **Articolo 18 – Norma di rinvio**

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento si applicano lo Statuto della Mutua, le deliberazioni degli organi sociali e la normativa vigente.

---

## **Articolo 20 – Entrata in vigore**

Il presente Regolamento entra in vigore a seguito dell'approvazione da parte dell'Assemblea dei soci ai sensi dell'articolo 11 dello Statuto.

Ogni modifica del presente Regolamento deve essere predisposta dal Consiglio di Amministrazione ai sensi dell'articolo 9 dello Statuto e sottoposta all'approvazione dell'Assemblea.