

## REGOLAMENTO

### **ART. 1 - PREMESSA**

Il presente Regolamento attua la disciplina dello Statuto della Cassa di assistenza sanitaria "Carlo De Lellis", di seguito più semplicemente "Cassa", fissandone le norme di applicazione.

### **ART. 2 – PRESTAZIONI (\* art. 4 Statuto)**

Le prestazioni a favore dei beneficiari erogate in conformità ai programmi di assistenza sanitaria previsti consistono nel rimborso spese sanitarie o nell'erogazione di prestazioni da parte di strutture convenzionate. Le modalità ed i limiti di spesa in base ai quali sono effettuati i rimborsi e le prestazioni sono stabiliti nelle polizze che verranno stipulate dalla Cassa con le Compagnie di Assicurazione.

### **ART. 3 - DOMANDA DI ADESIONE DEGLI ASSOCIATI (\*art. 7 dello Statuto)**

La domanda di adesione da parte degli associati sia ordinari che aderenti, oltre a contenere l'impegno ad osservare le norme del presente regolamento e dello Statuto ed a provvedere al pagamento dei contributi ai fini dell'adesione ai programmi di assistenza sanitaria e della quota associativa annuale ordinaria o aggiuntiva che verranno deliberati a norma dello Statuto stesso, deve contenere l'indicazione della sede ed il recapito telefonico dell'Associato, le cui variazioni dovranno essere comunicate alla Cassa tempestivamente, entro e non oltre 30 giorni dall'avvenuta variazione.

L'Ente che intenda aderire alla Cassa, nel presentare domanda come da modulistica all'uopo predisposta, dovrà congiuntamente presentare almeno una domanda di adesione da parte dei beneficiari designati dall'Associato.

La data di effettiva decorrenza dell'adesione viene individuata nel primo giorno del mese successivo all'accettazione della relativa domanda.

### **ART. 4 – DECORRENZA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE (\*art. 7 dello Statuto)**

Le coperture assicurative per i beneficiari che abbiano formulato domanda contestualmente alla domanda di ammissione presentata dall'associato decorreranno dal primo giorno del mese successivo all'accettazione della domanda di adesione dell'associato.

Entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello di decorrenza dell'adesione dell'associato, lo stesso potrà designare ulteriori beneficiari che, a loro volta, dovranno compilare il modulo di adesione all'uopo previsto. Tutti i beneficiari che avranno presentato domanda di adesione entro detto termine vedranno decorrere le coperture assicurative dalle ore 24 del medesimo giorno della domanda di adesione.

Successivamente al decorso dell'ultimo giorno del mese di decorrenza dell'adesione gli Associati potranno presentare domanda di adesione di ulteriori beneficiari (sempre con contestuale domanda degli stessi) ma, in questo caso, le coperture assicurative decorreranno con l'applicazione delle carenze previste in polizza.

Nel caso in cui la domanda dei familiari dei beneficiari pervenga entro i 30 giorni successivi alla decorrenza dell'adesione da parte dell'Associato le coperture decorreranno, ferma la regolarità

amministrativa, dalla data di presentazione della domanda, decorso tale termine troveranno applicazione le carenze come previste in polizza.

#### **ART. 5 DOMANDA DI ADESIONE DEI BENEFICIARI E FAMILIARI (\*art. 7 dello Statuto)**

La domanda di adesione dei beneficiari deve contenere, oltre ai dati anagrafici dei richiedenti, l'impegno degli stessi ad osservare le norme del presente Regolamento e dello Statuto e, limitatamente ai beneficiari diversi dai dipendenti e dai pensionati direttamente posti in quiescenza, dovrà prevedere l'impegno a provvedere direttamente al versamento alla Cassa di quanto necessario per l'attivazione delle polizze assicurative.

Le imprese datrici di lavoro possono indicare come beneficiari anche i pensionati purché direttamente collocati in quiescenza e provvedendo al versamento dei relativi contributi.

La Cassa offrirà programmi di assistenza sanitaria ai beneficiari nei limiti che verranno indicati in polizza.

Le domande dei beneficiari devono essere presentate alla Cassa a mezzo di appositi moduli/formulari per il tramite degli Associati che li raccolgono e li trasmettono direttamente alla Cassa. La domanda formulata dal beneficiario si aggiunge a quella formulata dall'associato con cui chiede l'adesione del beneficiario.

E' cura della Cassa avvisare alle scadenze e sollecitare i versamenti: 1) dei beneficiari diversi dai dipendenti e dai pensionati direttamente posti in quiescenza e 2) delle aziende/enti per quanto riguarda le quote ordinarie, quelle aggiuntive e per i contributi previsti ai fini dell'adesione ai programmi di assistenza sanitaria.

L'anticipato e tempestivo versamento dei contributi/premi previsti è condizione necessaria all'erogazione delle prestazioni assicurative.

Sono considerati familiari i soggetti che risultano nello stato di famiglia dell'originario beneficiario.

L'adesione dei familiari può essere estesa all'intero nucleo familiare come complessivamente risultante dallo stato di famiglia.

Nel caso di beneficiari familiari individuabili nei figli degli iscritti alle associazioni di categoria di cui all'art. 7 lettera d) dello Statuto, l'adesione può avvenire nell'interesse del singolo figlio o dell'intero nucleo familiare dello stesso. L'adesione può avvenire anche se il figlio non fa parte dello stato di famiglia dell'iscritto all'Associazione di categoria e così pure nel caso in cui non sia posto fiscalmente a suo carico.

Non è consentita l'adesione di beneficiari che possano godere delle prestazioni sanitarie offerte dal Fondo Besusso – FASDAC, a meno che ne vengano richieste forme integrative.

Nel caso in cui il beneficiario intendesse escludere il nucleo familiare indicato in precedenza, deve darne comunicazione per iscritto entro un mese dalla scadenza annuale. In tal caso il nucleo familiare non potrà più essere ammesso ad usufruire delle prestazioni assistenziali sanitarie.

La variazione del nucleo familiare dovrà essere comunicata entro e non oltre 30 giorni dalla variazione stessa e documentata inviando il certificato di residenza del nuovo componente familiare e lo stato di famiglia aggiornato.

In questo caso la decorrenza delle prestazioni avverrà dal giorno successivo alla presentazione della dichiarazione alla Cassa. Per i dipendenti delle aziende associate il premio di variazione sarà regolato a fine annualità, mentre per i singoli beneficiari alla Cassa il premio è da regolare all'atto della variazione stessa. Trascorso il predetto termine di 30 giorni, si applicheranno le carenze previste in polizza.

#### **Art. 6 DOMANDA DEL BENEFICIARIO DIVERSO DAL DIPENDENTE/PENSIONATO.**

Il beneficiario diverso dal dipendente/pensionato, che ha presentato domanda di adesione alla Cassa per il tramite di un associato, è tenuto a versare il contributo annualmente necessario per l'attivazione della polizza assicurativa direttamente alla Cassa stessa.

Detto beneficiario è tenuto, altresì, a versare il contributo dovuto per i propri familiari come comunicati alla Cassa. Il beneficiario diverso dal dipendente/pensionato in sede di rinnovo annuale può comunicare eventuali variazioni dei familiari.

#### **Art. 7 PERDITA DELLA QUALIFICA DI BENEFICIARIO (\*art. 7 dello Statuto)**

Nel caso in cui un beneficiario, al momento del rinnovo annuale, decidesse di non confermare la propria adesione alla Cassa, perderà, da tale momento, il diritto all'erogazione delle prestazioni ed inoltre non potrà più essere inserito fra i beneficiari delle prestazioni attraverso la stessa azienda.

Tuttavia, qualora tale soggetto, a seguito di una nuova assunzione, dovesse diventare dipendente di un'altra azienda associata alla Cassa, oppure iscritto ad un diverso associato, potrà nuovamente usufruire delle prestazioni della Cassa, fermo restando il rispetto delle modalità di adesione sopra indicate.

#### **ART 8 - CALCOLO DELLA QUOTA AGGIUNTIVA DEGLI ASSOCIATI ORDINARI (\*art. 7 dello Statuto).**

La quota aggiuntiva eventualmente richiesta agli associati ordinari dovrà consentire di poter ripianare i disavanzi annuali di gestione senza intaccare eventuali riserve accantonate negli esercizi precedenti.

L'importo necessario per procedere all'eventuale ripianamento sarà suddiviso in parti uguali fra tutti gli associati ordinari a prescindere dal numero di beneficiari dagli stessi designati.

#### **ART. 9- VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI (\* art.7 dello Statuto)**

Alla Cassa confluiscono, a cura di ogni Associato:

- la quota annuale ordinaria o aggiuntiva;
- il contributo annuale al fine di poter usufruire delle prestazioni assistenziali-sanitarie nella misura e secondo le modalità stabilite dai contratti collettivi e dagli eventuali regolamenti aziendali, ovvero da qualunque atto con funzione di fonte istitutiva o il contributo nella misura e secondo le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione in caso di polizze liberamente pattuite, a favore dei dipendenti in servizio o dei dipendenti in quiescenza, ed eventualmente dei loro familiari.
- Il contributo/premio annuale versato dai beneficiari diversi dai dipendenti e dai pensionati direttamente posti in quiescenza.

L'ammontare del contributo per le prestazioni assistenziali sanitarie sarà calcolato annualmente dal Consiglio di Amministrazione proporzionalmente ai costi delle relative coperture previste.

I contributi dovranno pervenire alla Cassa per mezzo di disposizioni bancarie.

Il mancato pagamento della quota associativa annuale e dei contributi per l'erogazione delle prestazioni assistenziali sanitarie comporterà la non attivazione delle prestazioni assistenziali sanitarie secondo le modalità previste nelle condizioni di assicurazione e legittimerà, in ogni caso, la Cassa a procedere al recupero coattivo del credito derivante dalle omissioni contributive.

#### **ART. 10 – RECESSO** (\* art. 7 dello Statuto)

Il recesso sia dell'associato sia del beneficiario diverso dal dipendente/pensionato deve essere inviato con un preavviso di 90 giorni ed avrà effetto a partire dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui è comunicato alla Cassa.

L'Associato che recede è tenuto a versare la quota associativa e i contributi per le prestazioni assistenziali-sanitarie relative all'anno in corso al momento in cui si comunica il recesso e dell'anno successivo se non ancora decorso un anno al momento della comunicazione del recesso.

L'Associato è inoltre tenuto alla comunicazione scritta alla Cassa dell'eventuale esclusione di un beneficiario.

Ogni diritto del beneficiario verrà riconosciuto secondo le condizioni di polizza.

In assenza di recesso nei termini sopra indicati la Cassa provvederà a richiedere al beneficiario diverso dal dipendente/pensionato e/o all'associato il contributo annuale sulla base dell'elenco dei beneficiari in possesso della stessa alla luce delle inclusioni ed esclusioni comunicate in corso d'anno.

#### **ART. 11– ESCLUSIONE** (\* art. 11 dello Statuto)

L'esclusione è deliberata dal Consiglio di Amministrazione nei confronti dell'Associato che si sia reso insolvente verso la Cassa o per grave inosservanza delle disposizioni dello Statuto, del Regolamento e delle deliberazioni degli Organi della Cassa, ovvero che non si trovi più nelle condizioni di partecipare al raggiungimento degli scopi associativi.

La delibera relativa all'esclusione deve essere notificata dal Presidente all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, oppure a mezzo pec, entro i 15 giorni successivi alla deliberazione.

Fermo restando il versamento della quota associativa annuale e dei contributi, le prestazioni assistenziali sanitarie sono dovute fino al termine dell'annualità in cui è stata notificata l'esclusione all'Associato.

#### **ART. 12 – PRIVACY E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

La Cassa si impegna al rispetto della riservatezza delle informazioni inerenti agli Associati, ai beneficiari e ai familiari ad essa pervenute nonché al rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE n.2016/679 (GDPR) e per quanto applicabile, dalla normativa italiana complementare, nonché dai Provvedimenti emessi dall'Autorità Garante della privacy.