

# Regolamento applicativo dello Statuto di Mutua Ligure Società di Mutuo Soccorso

## Art. 1 – Ammissione dei Soci

### 1.1 Ammissione dei Soci

Possono chiedere l'ammissione a Mutua Ligure tutti coloro che abbiano compiuto l'età di 18 anni e che risiedano in Liguria o che, in qualità di iscritti / aderenti / Soci o dipendenti, appartengano agli Enti associati a Mutua Ligure in qualità di Soci sostenitori persone giuridiche. È fatta salva la facoltà del Consiglio di Amministrazione di ammettere motivatamente Soci che non abbiano i requisiti predetti. I limiti di età previsti per l'adesione ai Piani di Assistenza sono stabiliti dall'apposito Regolamento dei Piani Sanitari.

### 1.2 Domanda di ammissione

Per l'ammissione a Mutua Ligure, l'aspirante Socio deve sottoscrivere la domanda di ammissione con relativo impegno a versare i contributi nella misura stabilita di volta in volta dal Consiglio di Amministrazione.

### 1.3 Libro dei Soci

Il Consiglio di Amministrazione, se accetta la domanda di ammissione, iscrive il nuovo Socio nel libro dei Soci di Mutua Ligure.

Se il Consiglio di Amministrazione non accetta la domanda, deve inviare all'aspirante Socio, entro 30 giorni dalla delibera consigliare, una comunicazione contenente le motivazioni di tale diniego.

### 1.4 Decorrenza della data d'iscrizione

Se il versamento del contributo relativo ai Piani Base di assistenza avviene entro il quindicesimo giorno del mese, la data d'iscrizione decorre dal primo giorno del mese successivo. Se il versamento del contributo relativo ai Piani Base di assistenza avviene dal sedicesimo giorno fino alla fine del mese, la data di iscrizione decorre dal 16° giorno del mese successivo. Per i Piani Sanitari la decorrenza della data di iscrizione è stabilita dall'apposito Regolamento dei Piani Sanitari.

### 1.5 Decorrenza del diritto alle prestazioni

Il diritto alle prestazioni, erogate dai Piani Base di assistenza, decorre secondo i termini descritti al punto precedente, quando non diversamente indicato dagli specifici articolati descrittivi degli stessi Piani. Il diritto alle prestazioni, previste dai Piani Sanitari decorre secondo quanto previsto dall'apposito Regolamento dei Piani Sanitari.

### 1.6 Rinnovo dell'adesione

La scadenza dei Piani Base di assistenza è fissata al 31 dicembre di ogni anno. Qualora il versamento del contributo avvenga entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di scadenza, il rinnovo avviene senza soluzione di continuità della copertura. Qualora il rinnovo avvenga oltre il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di scadenza, la validità del Piano Base di assistenza segue la regola generale di decorrenza stabilita ai punti 1.4 e 1.5 del presente Regolamento. Il rinnovo dell'adesione, limitatamente ai Piani Sanitari, è invece stabilita dall'apposito Regolamento dei Piani Sanitari.

### 1.7 Definizione di aventi diritto

Gli aventi diritto del socio, quando non diversamente indicato dagli specifici articolati descrittivi dei Piani Base di assistenza e dei Piani Sanitari, sono tutti i familiari conviventi, così intesi:

- a) 1) il coniuge, riconosciuto tale dallo Stato italiano;  
2) la persona dello stesso sesso con la quale il Socio ha costituito un'unione civile, riconosciuta tale dallo Stato italiano;  
3) il convivente "more uxorio" del Socio;
- b) i figli conviventi, considerati fiscalmente a carico secondo la normativa vigente e i minori in affidamento, se affidati al Socio con provvedimento dell'autorità giudiziaria o di altra valida Autorità e limitatamente al periodo di durata dell'affido stesso. Per i Piani Sanitari la definizione degli aventi diritto è specificata nell'apposito Regolamento dei Piani Sanitari.

## Art. 2 – Piani di assistenza

### 2.1 Piani di assistenza

I Piani di assistenza si suddividono in Piani Base e Piani Sanitari. I Piani Base sono un complesso di servizi e di prestazioni organizzate ed erogate da Mutua Ligure, sia direttamente, che eventualmente anche attraverso ente/i erogatore/i terzo/i abilitato/i, ai propri Soci e ai loro familiari aventi diritto. I Piani Sanitari sono un complesso di sussidi e di prestazioni che Mutua Ligure eroga ai propri Soci e ai loro familiari aventi diritto, sia direttamente, che attraverso ente/i

erogatore/i terzo/i abilitato/i. Tale/i ente/i terzo/i – Società di Mutuo Soccorso o Impresa Assicuratrice - abilitato/i – se previsto/i – agisce/agiscono sulla base di specifica/specifiche convenzione/i con Mutua Ligure. Il tutto avviene ai sensi della L. 3818/1886 e successive modificazioni e integrazioni.

Tutti i Piani di assistenza sono elencati e descritti in appositi articolati e sono parte integrante del presente Regolamento applicativo. Essi sono disponibili presso la Mutua, sul suo sito web e presso le sue Sezioni Soci. Gli articolati descrittivi dei Piani Sanitari sono integrati da un apposito Regolamento dei Piani Sanitari.

## **2.2 Collocazione dei Soci nei Piani di assistenza**

L'ammissione e la collocazione dei Soci nei diversi Piani di assistenza avviene sulla base della richiesta del Socio stesso e nel rispetto dei limiti e delle condizioni espressamente indicati negli appositi articolati descrittivi dei Piani medesimi.

## **2.3 Piani di assistenza aggiuntivi**

Per Piani di assistenza aggiuntivi si intende un complesso di servizi, di prestazioni e/o di sussidi aggiuntivi ai Piani Base o ai Piani Sanitari che Mutua Ligure eroga sia direttamente che eventualmente anche attraverso ente/i erogatore/i terzo/i abilitato/i, ai propri Soci e ai loro familiari aventi diritto, come meglio specificato all'art. 2.1 del presente Regolamento applicativo. L'adesione ad un Piano di assistenza aggiuntivo richiede al Socio un contributo autonomo e suppletivo a quello corrisposto per il Piano Base o il Piano Sanitario di appartenenza. I Piani di assistenza aggiuntivi, quando definiti e deliberati, sono elencati e descritti negli appositi articolati descrittivi che sono parte integrante del presente Regolamento applicativo.

## **2.4 Adesione ai Piani di assistenza aggiuntivi**

Al Socio già iscritto a un Piano Base o a un Piano Sanitario è consentita l'adesione ad uno o più Piani di assistenza aggiuntivi. Il Socio deve sottoscrivere l'apposita domanda, specificando il Piano Base o il Piano Sanitario a cui ha aderito, il/i Piano/i aggiuntivo/i a cui intende aderire, gli aventi diritto di cui all'art. 1.7 del presente Regolamento applicativo o agli artt. 2.1 e 2.2 del Regolamento dei Piani Sanitari, come di volta in volta richiesto dal Piano, e deve impegnarsi a versare il relativo contributo annuo aggiuntivo.

## **2.5 Calcolo del contributo aggiuntivo**

Il Socio, che aderisce ad uno o più Piani di assistenza aggiuntivi, deve versare un contributo annuo che è determinato dalla somma di tutti i Piani di assistenza aggiuntivi sottoscritti. Tale contributo così determinato si aggiunge obbligatoriamente al contributo del Piano Base o del Piano Sanitario di appartenenza.

## **2.6 Decorrenza dei Piani di assistenza aggiuntivi**

La decorrenza dell'iscrizione e del diritto all'erogazione dei servizi, delle prestazioni e/o dei sussidi previsti dai Piani di assistenza aggiuntivi è di norma quella stabilita dagli artt. 1.4 e 1.5 del presente Regolamento applicativo oppure quella stabilita dagli artt. 1.4 bis e 1.5 bis del Regolamento dei Piani Sanitari, come di volta in volta specificato nell'articolo descrittivo di ciascun Piano di assistenza aggiuntivo. Eventuali deroghe alla norma sono ammesse e sono specificatamente previste nel rispettivo articolato descrittivo di ciascun Piano di assistenza aggiuntivo.

## **2.7 Rinnovo dell'adesione ad un Piano di assistenza aggiuntivo**

Il rinnovo dell'adesione ai Piani di assistenza aggiuntivi segue la norma generale stabilita dall'art. 1.6 del presente Regolamento applicativo e le condizioni di versamento, efficacia e revoca previste dall'art. 3.1 del presente Regolamento applicativo oppure dall'art. 3.1 del Regolamento dei Piani Sanitari secondo quanto specificato nel rispettivo articolato descrittivo di ciascun Piano di assistenza aggiuntivo. Eventuali deroghe sono ammesse e sono specificatamente previste nel rispettivo articolato descrittivo di ciascun Piano di assistenza aggiuntivo. Il mancato rinnovo di un Piano di assistenza aggiuntivo non determina la cessazione del rapporto associativo con la Mutua, qualora il Socio continui a versare regolarmente il contributo relativo al Piano Base o al Piano Sanitario di appartenenza, nei tempi e alle condizioni stabilite rispettivamente dagli artt. 1.6 e 3.1 del presente Regolamento applicativo o dall'art. 3.1 del Regolamento dei Piani Sanitari.

## **2.8 Adesione a un Piano Sanitario e a uno o più Piani di assistenza aggiuntivi**

Al Socio iscritto a un Piano Sanitario e congiuntamente ad uno o più Piani di assistenza aggiuntivi, nel caso in cui una stessa prestazione si presenti sia nel Piano Sanitario che nel Piano di assistenza aggiuntivo, non è consentito il cumulo e pertanto detta prestazione viene riconosciuta in un solo Piano alla volta, fatta salva l'eventuale diversa disposizione contenuta nel rispettivo articolato descrittivo di ciascun Piano aggiuntivo.

## **2.9 Ulteriori norme per i Piani di assistenza aggiuntivi**

Per tutto quanto non espressamente previsto negli articoli precedenti per i Piani di assistenza aggiuntivi valgono le norme previste dal presente Regolamento applicativo o dal Regolamento dei Piani Sanitari, come di volta in volta indicato nell'articolo descrittivo di ciascun Piano di assistenza aggiuntivo.

## Art. 3 – Contributi

### 3.1 Versamento, efficacia, revoca del contributo

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione, l'aspirante Socio si impegna a versare il contributo annuo previsto dal Piano di assistenza prescelto. Il contributo relativo ai Piani Base di assistenza deve essere versato per intero in un'unica soluzione nei termini descritti all'art.1.4. Il contributo relativo ai Piani Sanitari deve essere versato nella misura e alle condizioni descritte nell'apposito Regolamento dei Piani Sanitari.

L'adesione si intende rinnovata di anno in anno (1° gennaio - 31 dicembre) ove non intervenga revoca per iscritto del Socio da formalizzarsi - pena la sua inefficacia e/o invalidità ad ogni e qualsivoglia effetto - a mezzo raccomandata a.r. inviata alla sede di Mutua Ligure ovvero all'indirizzo di posta elettronica della Società a condizione che sia stata spedita unicamente da un indirizzo di posta elettronica certificata di cui sia titolare il Socio revocante. In ogni caso la disdetta dovrà pervenire entro e non oltre il 30 settembre dell'anno precedente.

In particolare, in ipotesi di inefficacia e/o invalidità della revoca, il Socio è tenuto a continuare nel versamento del contributo annuo per il Piano di assistenza prescelto secondo le disposizioni del presente Regolamento; in difetto, il Socio viene ritenuto moroso ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 3.6.

### 3.2 Entità del contributo e delle prestazioni

I Piani di assistenza sono definiti dal Consiglio di Amministrazione ai sensi dello Statuto, del presente Regolamento, del Regolamento dei Piani Sanitari, di altre eventuali determinazioni dotate di legittimità ed efficacia. I contributi possono subire adeguamenti periodici in base all'andamento dei Piani di assistenza, all'aumento delle spese collegate ai rimborsi ed alla gestione mutualistica. Tale adeguamento deve essere deliberato entro il 31 luglio con efficacia dal 1° gennaio dell'anno successivo.

### 3.3 Modalità di pagamento del contributo

Il pagamento del contributo può essere effettuato:

- mediante bonifico sul c/c bancario di Mutua Ligure;
- mediante altri mezzi: se tali mezzi sono predisposti o comunque ammessi espressamente da Mutua Ligure in conformità alle disposizioni di Legge, essi possono generare il diritto alla relativa detrazione fiscale, in quanto prevista e spettante; se tali mezzi non sono espressamente previsti da Mutua Ligure, possono determinare l'impossibilità di beneficiare della relativa detraibilità fiscale, se ed in quanto prevista e spettante.

### 3.4 Variazioni volontarie di Piano

Il Socio, che nell'arco dell'anno richieda il passaggio da un Piano Base ad un altro Piano Base di livello superiore, può farlo, versando la differenza contributiva annua tra i due Piani. Il passaggio da un Piano Base ad un altro Piano Base di livello inferiore è possibile unicamente di anno in anno al momento del rinnovo dell'adesione, se tale rinnovo viene effettuato entro il 31 dicembre. Il Socio, che nell'arco dell'anno richieda il passaggio da un Piano Base a un Piano Sanitario può farlo, versando l'intero contributo previsto dal Piano Sanitario e non può richiedere la restituzione, neppure parziale, del contributo versato per il Piano Base già sottoscritto. Il Socio deve altresì rispettare i tempi di carenza previsti nell'articolato descrittivo del Piano Sanitario prescelto. L'importo del contributo richiesto per l'adesione ad un Piano Sanitario è calcolato, per il primo anno, sommando le frazioni mensili di detto contributo a partire dal mese in cui è stata presentata la domanda di adesione al Piano stesso fino al mese di dicembre incluso dello stesso anno. Il passaggio da un Piano Sanitario ad un altro è normato dall'apposito Regolamento dei Piani Sanitari. Le condizioni di permanenza e il passaggio da un Piano Sanitario ad un altro Piano Sanitario sono previsti e disciplinati negli appositi articolati descrittivi dei Piani Sanitari.

### 3.5 Ritardo nel pagamento del contributo

Mutua Ligure non è tenuta ad avvisare i Soci di eventuali ritardi nel pagamento dei contributi.

### 3.6 Perdita del diritto all'erogazione delle prestazioni per morosità. Esclusione da Socio

Il Socio, in ritardo con il versamento annuale del contributo, perde il diritto all'erogazione delle prestazioni previste dal Piano di assistenza sottoscritto.

Qualora il Socio sani interamente la morosità entro 180 giorni, può ripristinare il diritto all'erogazione delle prestazioni previste dal suo Piano di assistenza unicamente per gli eventi verificatisi dopo la sanatoria nei termini previsti dall'art. 1.6 del presente Regolamento.

Qualora la morosità superi i 180 giorni, il Socio decade ipso iure da tale qualifica con ogni conseguente effetto, ivi compresa la sua esclusione dal libro dei Soci.

Per coloro, che aderiscono ai Piani Sanitari le disposizioni inerenti la perdita dei sussidi per morosità e l'esclusione da Socio sono integrate da quanto previsto nell'apposito Regolamento dei Piani Sanitari.

### 3.7 Conservazione delle ricevute

Tutte le ricevute dei versamenti dei contributi devono essere conservate dal Socio a comprova dei pagamenti effettuati entro il termine di prescrizione di cinque anni o maggiore, qualora ciò sia previsto da norme di Legge, anche ai fini del diritto alla detraibilità fiscale.

## **Art. 4 - Diritti e doveri del Socio**

### **4.1 Conoscenza dello Statuto e del Regolamento applicativo dello Statuto**

Il Socio deve attenersi scrupolosamente a tutte le norme e prescrizioni contenute nello Statuto sociale, nel Regolamento applicativo dello Statuto, nonché al Regolamento dei Piani Sanitari e alle delibere assunte dai competenti organi statutari inerenti il rapporto associativo, disponibili in visione presso la sede della Mutua, le sue Sezioni Soci ed il suo sito web.

All'atto della domanda di adesione, l'aspirante Socio si impegna a prendere conoscenza delle norme contenute nello Statuto sociale, nel Regolamento applicativo dello Statuto e nell'articolato descrittivo del Piano di assistenza sottoscritto, comprensivo dell'apposito Regolamento per coloro che aderiscono ad uno dei Piani Sanitari. Lo Statuto sociale, il Regolamento applicativo dello Statuto, il Regolamento dei Piani Sanitari e gli articolati descrittivi dei Piani di assistenza sono disponibili presso la sede della Mutua, presso le sue Sezioni Soci e sul suo sito web.

### **4.2 Obbligo di notifica dati**

Al fine di poter godere dei diritti ai sussidi e ai servizi per i loro aventi diritto, tutti i Soci devono notificare, all'atto dell'iscrizione, il proprio stato di famiglia e la propria residenza.

Nel caso di variazione della consistenza familiare e/o della residenza deve prodursi idonea dichiarazione, entro 60 giorni dall'avvenuta variazione, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni erogate.

Mutua Ligure si riserva il diritto di richiedere, in ogni circostanza, la presentazione dello stato di famiglia anagrafico. Nel caso in cui il Socio non ottemperi all'obbligo di notifica dei dati e/o documenti sopra menzionati, Mutua Ligure si intende esonerata da qualsivoglia responsabilità per mancato adempimento e/o per mancato recapito al Socio inottemperante di ogni comunicazione e/o beneficio pertinente al rapporto associativo.

Il Socio è tenuto a comunicare a Mutua Ligure, entro 60 (sessanta) giorni dal suo verificarsi, ogni eventuale modifica della situazione di famiglia precedentemente dichiarata e sottoscritta o documentata. In caso di inadempienza o tardiva comunicazione, Mutua Ligure può sospendere o annullare in tutto o in parte le prestazioni, in favore del Socio e/o dei suoi familiari, fermo restando il diritto a richiedere ed ottenere la restituzione di quanto indebitamente percepito, gravato di interessi, rivalutazione monetaria e costi di gestione per il recupero del credito.

### **4.3 Trattamento dei dati personali (Regolamento UE)**

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione, l'aspirante Socio, preso atto dell'informativa fornita da Mutua Ligure ai sensi Regolamento UE 2016/679 esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa.

### **4.4 Esclusione di responsabilità di Mutua Ligure per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati.**

È da ritenersi esclusa ogni responsabilità, anche indiretta, a qualsiasi titolo, nessuno escluso, di Mutua Ligure per eventuali danni arrecati al Socio e/o ai propri aventi diritto a seguito delle prestazioni erogate presso le strutture o da professionisti convenzionati.