

REGOLAMENTO ULISSE – SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

VERSIONE A DECORRERE DAL 1.12.2020

Il presente Regolamento applicativo, con i relativi allegati, annulla e sostituisce **in ogni sua parte il precedente Regolamento.**

TITOLO I – DENOMINAZIONE

Art. 1- Denominazione

E' costituita una Società di Mutuo Soccorso, Ente di mutua Assistenza sanitaria del Terzo Settore con denominazione "Ulisse società di mutuo soccorso ETS, in breve Mutua Ulisse e di seguito indicata anche come Mutua. La Società acquisisce personalità giuridica, quale Società di Mutuo soccorso ai sensi della 15 aprile 1886, n. 3818 e s. m. i. ed è disciplinata, oltre che dalla suddetta legge, in quanto compatibile, dal Codice del Terzo Settore D.Lgs. 117/2017 e s. m. i. -dalla normativa vigente in materia e dallo statuto.

TITOLO II – SOCI- Ammissione- Diritti e Doveri

Art. 2 – Ammissione dei soci

Possono essere soci tutte le persone fisiche che, condividendo le finalità e i valori dell'Ente, ne facciano richiesta e siano cittadini della Repubblica Italiana o cittadini stranieri residenti in Italia, nonché i fondi sanitari integrativi, le persone giuridiche e gli enti mutualistici.

I familiari del richiedente acquisiscono tutti la qualifica di soci. Per i minori di età i rapporti con la Mutua saranno tenuti da chi esercita la patria potestà o la tutela.

Ai fini delle assistenze sanitarie il nucleo familiare si intende composto:

Dal richiedente, che formula la domanda di iscrizione alla Mutua per sé stesso ed eventualmente per i propri familiari, dal coniuge non legalmente separato o, in alternativa, dal convivente more uxorio, tale indipendentemente dal genere, e dai figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti ed i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria. Sono, altresì, equiparabili ai figli, ai fini del godimento delle prestazioni sanitarie scelte dal titolare, i figli del coniuge o del convivente.

A comprova del proprio nucleo familiare l'iscritto dovrà produrre, certificato di stato di famiglia o di residenza, ovvero autocertificazione ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, della condizione di famiglia legittima o di fatto,

Art. 3 - Categorie del Soci

I Soci si suddividono nelle seguenti categorie:

3.1 - Soci Ordinari

Sono soci ordinari i fondatori e tutte le persone fisiche in possesso dei requisiti ex art. 4 dello Statuto, che abbiano richiesto l'adesione alla Mutua anche se all'interno di un intero nucleo familiare; per eventuali figli minori di età i rapporti con la Mutua saranno tenuti da chi esercita la patria potestà o la tutela. I soci ordinari partecipano alle attività dell'Ente e hanno diritto ad usufruire delle diverse prestazioni erogate dalla Mutua nelle modalità previste dal Regolamento.

Essi hanno diritto di voto e possono essere eletti alle cariche sociali.

3.2 - Soci Ordinari Convenzionati

Sono soci ordinari convenzionati le persone fisiche in possesso dei requisiti ex art. 4 dello Statuto che richiedano di aderire alla Mutua in forma collettiva tramite enti, associazioni, sindacati, società, aziende ai quali per legge, per disposizioni statutarie, in conformità a contratti di lavoro, accordi o regolamenti aziendali, sia attribuita la facoltà di affidare alla Società l'attuazione di Piani Assistenziali o Sanitati Integrativi.

Essi hanno diritto di usufruire delle prestazioni mutualistiche erogate dall'Ente secondo il rispettivo atto di convenzione, nei termini ed alle condizioni previsti dall'apposito regolamento.

Il versamento dei contributi associativi iniziali e periodici può essere a carico del datore di lavoro secondo quanto stabilito dalle singole convenzioni. Il socio ordinario convenzionato ha gli stessi diritti e doveri del socio ordinario.

3.3 - Soci Enti Mutualistici.

Possono divenire soci della Mutua:

- altre società di mutuo soccorso, in questo, caso i membri persone fisiche di tali società beneficeranno di prestazioni rese da Ulisse -Società di Mutuo Soccorso;
- i fondi sanitari integrativi di cui all'art. 3 dello Statuto in rappresentanza dei loro iscritti.

I soci Enti mutualistici devono versare alla Società i contributi associativi per conto dei propri soci in conformità al rispettivo accordo o Contratto o regolamento aziendale o atto di convenzione.

Essi hanno diritto di voto e possono essere eletti alle cariche sociali.

3.4 - Soci Onorari.

Sono coloro che per particolari meriti e/o attraverso la propria adesione possono favorite in modo rilevante il perseguimento degli scopi della Mutua.

Trattasi di qualifica puramente onorifica, non partecipano allo scambio mutualistico, non sono tenuti al versamento di alcun contributo, possono intervenire in assemblea ma sono privi di diritto di voto, non possono essere eletti alle cariche sociali e non hanno diritto ad usufruire dei sussidi, delle prestazioni e delle assistenze mutualistiche erogate dalla Mutua, salvo che non appartengano anche ad altre categorie di soci che hanno tali attribuzioni.

3.5 - Soci Sostenitori

Sono soci sostenitori le persone fisiche e giuridiche che effettuano conferimenti patrimoniali, a titolo di liberalità, per il raggiungimento degli scopi sociali di valore non inferiore a quello stabilito nel regolamento applicativo.

Essi sono tenuti a rispettare gli impegni assunti in favore della Mutua versando i contributi associativi dovuti.

Non partecipano allo scambio mutualistico, non hanno diritto ad alcuna forma di sussidio, prestazione o assistenza mutualistica. Non possono intervenire in assemblea, sono privi del diritto di voto e non possono essere eletti negli organi sociali.

Art. 4 – Modalità di adesione dei Soci

Per aderire alla Mutua coloro che sono in possesso dei requisiti del precedente art. 1 ed ex art. 4 dello statuto, devono presentare apposita domanda scritta al Consiglio di Amministrazione.

Sia in caso di adesione individuale che collettiva, la domanda di adesione, proposta sull'apposito modulo di adesione, dovrà contenere:

- l'indicazione del Nome, Cognome, residenza, data e luogo di nascita, codice fiscale nonché recapiti telefonici e indirizzo di posta elettronica nel caso di persona fisica;
- ragione Sociale, sede, codice fiscale/partita iva, recapiti telefonici, indirizzo di posta elettronica e dati identificativi e i recapiti del legale rappresentante in caso di persona giuridica;
- la dichiarazione di conoscere ed accettare integralmente lo Statuto, il presente regolamento e gli eventuali altri regolamenti, gli importi e le modalità di pagamento di quote e contributi associativi e di iscrizione, come deliberati dal Consiglio di Amministrazione, e di attenersi alle deliberazioni adottate dagli organi statutari;
- l'autorizzazione al trattamento dei dati personali in ossequio alla normativa vigente;
- eventuali altre informazioni richieste dal Consiglio d' Amministrazione.

4.1 Adesione del socio Ordinario.

L' ammissione a socio ordinario è deliberata dal Consiglio di Amministrazione, ed è condizionata dall'invio del Modulo per la richiesta di adesione, e dal versamento dei contributi associativi come stabiliti dal Consiglio di Amministrazione e con le modalità definite nel presente Regolamento.

Il Consiglio di Amministrazione deve entro 60 giorni motivare la deliberazione di eventuale rigetto della domanda di ammissione e comunicarla agli interessati.

Qualora la domanda di ammissione non venga accolta, chi l'ha proposta può entro 60 giorni dalla comunicazione del diniego, chiedere che sull'istanza si pronunci l'Assemblea dei Soci la quale delibera sulle domande non accolte, se non appositamente convocata, in occasione della sua prossima successiva convocazione.

La mancata accettazione della richiesta di adesione comporta la restituzione a mezzo bonifico

bancario, degli importi dei contributi eventualmente versati.

4.2 - Adesione dei soci Ordinari Convenzionati.

L'adesione dei soci ordinari convenzionati, subordinata alla presentazione della domanda di ammissione di cui al precedente articolo 3-, può essere disciplinata da apposita convenzione oltre che da particolare regolamento associativo. Lo status di socio ordinario convenzionato viene acquisito automaticamente, salvo espressa rinuncia dell'interessato, con la stipula dell'atto di convenzione di cui al paragrafo 3.2 e il richiedente viene iscritto nel libro soci.

L'eventuale interruzione della convenzione farà perdere la qualifica di socio. Il socio convenzionato è tenuto al versamento dei contributi associativi iniziali e periodici che possono anche essere a carico del datore di lavoro secondo quanto stabilito dalle singole convenzioni.

4.3 - Soci Enti Mutualistici

L'adesione di altre società di mutuo soccorso e di fondi sanitari integrativi, subordinata alla presentazione della domanda di ammissione di cui al precedente art. 3, è regolata da apposito atto di convenzione oltre che da apposito regolamento. Lo status di socio viene acquisito automaticamente con la stipula dell'atto di cui, sopra e il richiedente viene iscritto nel libro soci. L'eventuale interruzione dell'accordo farà perdere la qualifica di socio. I contributi associativi, come definiti nel relativo accordo o Contratto o regolamento aziendale o atto di convenzione, saranno versati alla Mutua dai soci Enti mutualistici.

4.4 - Soci Sostenitori

Per richiedere l'ammissione a Soci sostenitori, occorre:

- Compilare in ogni sua parte e sottoscrivere il Modulo di Adesione fornito da Mutua Ulisse;
- Pagare il Contributo Associativo annuale che, se non diversamente stabilito da apposito separato regolamento, è stabilito da Mutua Ulisse in € 60,00 (euro sessanta/00), da versarsi inizialmente in un'unica soluzione al momento della sottoscrizione della domanda di ammissione a Socio Sostenitore.

4.5 - Mutua Ulisse valuterà solo ed esclusivamente quelle domande di adesione pervenute alla Mutua che siano complete di tutti i dati richiesti, e per le quali risulti sia andato a buon fine il pagamento della quota di iscrizione e dei contributi aggiuntivi assistenziali (ove previsti) **che dovrà risultare accreditato a Mutua Ulisse con valuta contabile entro la data dell'ultimo giorno previsto per i relativi periodi di adesione (come anche stabilito dal successivo articolo 17).**

Non saranno in ogni caso ammesse le domande di ammissione che siano:

- prive di Autorizzazione al Trattamento dei Dati, ai sensi del D. Lgs. 196/2003;
- prive di sottoscrizione dell'Associando e dei suoi familiari per i quali si richiede l'inserimento come soci e per le assistenze sanitarie;
- prive dei dati identificativi dell'Associando principale e dei soci familiari, se inseriti in adesione.

Art. 5 – Decorrenza dell'iscrizione - Iscrizione nel Libro dei soci. –

5.1 – Decorrenza e scadenza dell'iscrizione e dei piani sanitari.

L'iscrizione alla Mutua e i piani sanitari organizzati dalla Mutua, hanno sempre durata annuale con decorrenza dal giorno 1° gennaio e scadenza al 31 dicembre dello stesso anno.

5.2 – Decorrenza della prima iscrizione.

Sempreché la domanda non sia stata rigettata dal Consiglio di Amministrazione, la data della prima richiesta di adesione alla Mutua decorre dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale è stato pagato il primo contributo associativo e sanitario; da tale data si presume di diritto la conoscenza da parte del nuovo socio delle norme dello Statuto e del Regolamento applicativo, compresi i relativi allegati.

Il Consiglio di Amministrazione, una volta accettata la domanda di ammissione, provvederà ad iscrivere il nominativo del nuovo Socio, all'interno del relativo Libro dei Soci, in base alla corrispondente tipologia indicata al precedente Art 2.

5.3 – Tacito rinnovo dell'iscrizione alla Mutua e ai Piani sanitari.

L'adesione del Socio alla Mutua e ai Piani Sanitari richiesti si intendono sempre tacitamente rinnovati di anno in anno in mancanza di disdetta (recesso) da far pervenire a Mutua Ulisse in forma scritta mediante raccomandata A/R o Pec, 60 giorni prima dalla scadenza dell'annualità, come disciplinato nel precedente art. 5.1.

Eventuali eccezioni al tacito rinnovo potranno essere disciplinate da Mutua Ulisse nelle Convenzioni o

con apposite delibere del Consiglio di Amministrazione.

Mutua Ulisse potrà adire all'azione giudiziaria ordinaria per il recupero delle contribuzioni non versate in assenza di regolare richiesta di recesso come sopra indicato, chiedendo anche il rimborso delle spese legali ed amministrative.

Art. 6 – Conoscenza dello Statuto e del Regolamento applicativo

Il Socio deve attenersi scrupolosamente a tutte le norme e prescrizioni contenute nello Statuto sociale e nel Regolamento Applicativo.

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

La Mutua garantisce la messa a disposizione di tutta la documentazione sociale in favore dell'Associato, mediante l'apposito sito internet della Mutua – www.mutuaulisse.it; si impegna inoltre ad inviare all'Associato (o a pubblicare sul sito internet) avvisi e comunicazioni inerenti modifiche dell'organizzazione sociale, messa a disposizione di nuovi servizi e, più in generale, ogni informazione utile e significativa riguardante la Mutua medesima.

Le comunicazioni saranno inviate prevalentemente all'indirizzo e-mail o, su esplicita richiesta del Socio, all'indirizzo di residenza/domicilio, indicati dall'Associato nell'apposita Domanda di Adesione (v. Art. 4.1). Sarà pertanto cura dell'Associato comunicare tempestivamente a Mutua Ulisse eventuali variazioni della residenza, domicilio o e-mail.

Art. 7 – Fondi Integrativi

Al fine di dare pratica attuazione a quanto previsto dal D. Lgs. 5 dicembre 2005 n. 252 s.m.i. e dal D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 s.m.i., la Mutua Soccorso ha facoltà di promuovere la costituzione e/o l'adesione a Fondi Pensione Integrativi e promuovere, istituire e gestire Fondi Sanitari Integrativi.

La formazione delle delibere, dei regolamenti, delle norme applicative e degli adempimenti necessari è demandata al Consiglio di Amministrazione.

Art. 8- Norme valide per tutte le categorie di Soci aventi diritto a tutti i sussidi e a tutte le prestazioni e/o assistenze mutualistiche previste dal rapporto associativo

Tutte le categorie dei Soci di cui all'Art. 4 del presente Regolamento, ed ex art. 5 dello Statuto di Ulisse sms del 3 luglio 2020, sono disciplinate da quanto previsto nel presente Regolamento, anche con riferimento alle relative quote e contributi associativi da versare, ove previsti.

I contributi associativi aggiuntivi previsti per l'accesso all'Assistenza Sanitaria, verranno di volta in volta deliberati dal Consiglio di Amministrazione di Ulisse sms, e portati alla conoscenza dei Soci al momento della relativa richiesta di adesione all'Assistenza Sanitaria.

Art. 9 – Convenzioni

Il Consiglio di Amministrazione di Mutua Ulisse può stipulare Convenzioni con enti e/o con privati, allo scopo di consentire ai propri Soci di fruire di prestazioni agevolate nei settori sanitario, assicurativo, culturale, ecc.

Le modalità di accesso e di fruizione per tali prestazioni, facoltativamente messe a disposizione dei Soci che intendano avvalersene, sono definite nell'ambito degli specifici protocolli o convenzioni.

TITOLO III – PROGRAMMI SANITARI- AMMISSIONE DEI SOCI-PRESTAZIONI ESCLUSE

Art. 10 – Forme di assistenza - Programmi Sanitari integrativi.

10.1 – Determinazione dei Piani Sanitari Assistenziali.

Il Consiglio di Amministrazione determina annualmente la tipologia dei vari Piani Sanitari Assistenziali da mettere a disposizione dei propri soci, in attuazione all'oggetto sociale, in funzione delle risorse da poter destinare a tali prestazioni o da destinare ad altre forme di assistenza, anche attraverso la sottoscrizione di contratti per conto e/o a favore dei Soci, in ogni caso nei limiti delle dotazioni economiche, finanziarie e patrimoniali della Società.

Le determinazioni assunte da Consiglio di Amministrazione disciplinano le forme e le modalità di accesso alle prestazioni mutualistiche che saranno messe a disposizione dei Soci prevalentemente attraverso la pubblicazione nel sito internet della Società

(www.mutuaulisse.it).

Il Consiglio di Amministrazione, sempre nei limiti delle dotazioni economiche, finanziarie e patrimoniali della Società, al fine di dare piena attuazione all'oggetto sociale e di perseguire gli interessi dei Soci può, quando lo ritenga opportuno, deliberare ulteriori prestazioni rispetto a quelle definite annualmente.

Le deliberazioni così assunte saranno comunicate ai Soci nell'Assemblea dei Soci che approva il rendiconto patrimoniale, economico e finanziario.

10.2 - Per l'assistenza sanitaria (integrativa del servizio nazionale) Mutua Ulisse mette a disposizione dei **Soci aventi diritto**, diversi Programmi Sanitari. Due programmi sanitari principali obbligatori all'atto dell'iscrizione alla mutua (uno complementare dell'altro) e altri programmi facoltativi. I due programmi sanitari principali sono denominati:

Tutela Salute Base (per i Grandi interventi chirurgici e Gravi eventi morbosi);

Tutela Salute Più (per una assistenza sanitaria più completa).

Al momento dell'adesione, i soci potranno scegliere:

- a) **O** soltanto il Programma obbligatorio **Tutela Salute Base, che varrà per tutti i soci del nucleo familiare inseriti nella richiesta di adesione;**
Oppure:
- b) Il Programma obbligatorio **Tutela Salute Base** assieme al **Programma Tutela Salute Più**, per una assistenza più ampia, **che varrà anche questo per tutti i soci del nucleo familiare inseriti nella richiesta di adesione.**
- c) Sarà possibile aggiungere in maniera volontaria, per sé stessi e singolarmente eventualmente anche per i soci facenti parte del nucleo familiare, le altre assistenze previste da Mutua Ulisse, che ogni anno saranno comunicate ai soci.

Si rimanda ai Nomenclatori allegati, per l'elenco completo delle prestazioni e delle relative modalità di erogazione previste per i Piani Sanitari che i Soci, come indicato all'art. 6 del presente regolamento, confermano di aver letto e conosciuti.

10.3 Possono richiedere l'ammissione ai programmi sanitari, tutti i Soci aventi diritto, come definiti nei precedenti art. 2 e 3-

La richiesta di ammissione ai programmi sanitari deve essere fatta contestualmente alla domanda di iscrizione, compilando l'apposito Modulo di iscrizione e Adesione alla Mutua.

Nel Modulo di Adesione l'Associando dovrà:

- Indicare tutti i dati anagrafici richiesti;
- Indicare se devono essere inclusi nel programma sanitario anche i familiari, in qualità di soci, componenti il proprio nucleo familiare, come definiti al precedente art.2.
- Indicare i Programmi Sanitari prescelti, provvedendo contestualmente al versamento del relativo contributo associativo sanitario annuale per sé stesso e per ognuno dei soci componenti il nucleo familiare, qualora inserito (nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione) e della quota di iscrizione annuale stabilita dal Consiglio di Amministrazione, per il singolo aderente o per l'intero nucleo familiare.

L'entità dei contributi associativi come deliberati annualmente dal Consiglio di Amministrazione, sarà comunicata ai Soci ogni anno entro la fine del mese di ottobre

Tutti i soci che compongono il nucleo familiare (come definito all'art.2) per i quali sia stata richiesta l'attivazione delle assistenze sanitarie, dovranno essere iscritti necessariamente con lo stesso Piano Sanitario Principale ("Tutela Salute Base" **oppure:** "Tutela Salute Base " insieme a "Tutela Salute Più"), mentre sarà possibile richiedere volontariamente e singolarmente l'attivazione delle altre assistenze messe a disposizione dei soci, come anche indicato al precedente articolo 10.2- Il relativo Contributo Associativo Sanitario deve essere versato per ognuno dei componenti il nucleo stesso, calcolato in base alle tabelle dei contributi sanitari annuali, stabiliti dal Consiglio di Amministrazione per i diversi piani sanitari, e messe a disposizione dei Soci sul sito internet della Mutua, o eventualmente comunicate ai Soci a mezzo email.

Art. 11 – Limiti di età

Non sono previsti limiti di età.

Art. 12 – Contributi associativi e sanitari.

Il valore dei Contributi Associativi Annuali e del Contributo Associativo Sanitario annuale previsto per

i diversi Programmi Assistenziali messi a disposizione degli Associati, potrà essere modificato di anno in anno con delibera del Consiglio di Amministrazione, in ragione del corretto perseguimento degli scopi sociali e dei più ampi interessi di tutti gli Associati; in caso di variazione in aumento dei valori di cui sopra, sarà cura di Mutua Ulisse informarne l'Associato, mediante comunicazione da effettuarsi con le modalità di cui al precedente Art. 5.1, entro la data prevista per esercitare il diritto di recesso (60 giorni prima della scadenza dell'annualità assistenziale).

I contributi associativi e sanitari hanno valore annuale: decorrono dalla data di iscrizione (come disciplinata dall'art. 5). fatto salvo quanto diversamente pattuito in singoli Regolamenti Aggiuntivi, Convenzioni, Sussidi Sanitari o delibere del CdA, e scadono sempre al **31 dicembre** di ogni anno.

TITOLO IV - MISCELLANEA

Art. 13 - Passaggio ad un'altra formula di assistenza/variazione del nucleo familiare.

Per poter cambiare tipo di assistenza e/o variare o modificare il numero dei soci che compongono il nucleo familiare, è necessario attendere la scadenza annuale del rapporto associativo in corso e compilare nuovamente il modulo di adesione.

Il passaggio ad altra forma di assistenza avviene a partire dall'inizio dell'anno solare successivo, con l'applicazione della eventuale carenza assistenziale, dove prevista, e come dettagliata nel relativo Nomenclatore allegato al presente Regolamento.

Art. 14 – Decorrenza e durata del diritto alle prestazioni assistenziali previste dai Programmi Sanitari.

Art. 14.1 Sono previsti due momenti di ingresso ai Piani di Assistenza Sanitaria di Mutua Ulisse.

- per il primo semestre l'ingresso decorre dalle ore 00:00 del 1° gennaio, sino alle ore 00,00 del 1° gennaio dell'anno successivo;
- per il secondo semestre l'ingresso decorre dalle ore 00,00 del 1° luglio, sino alle ore 00,00 del 1° gennaio dell'anno successivo.

Tuttavia, la validità ed efficacia delle prestazioni sanitarie sono regolate anche dal successivo punto 14.2). L'entità dei contributi associativi assistenziali da versare varia in funzione dell'ingresso in garanzia nel primo o nel secondo semestre. Il contributo da versare è così regolato:

- il 100% del contributo annuo per coloro che si iscrivono nel primo semestre;
- il 60% del contributo annuo per coloro che si iscrivono nel secondo semestre.

Fermo il versamento annuale del contributo associativo di iscrizione. L'adesione ai singoli Programmi Sanitari si intenderà tacitamente rinnovata di anno in anno, ove non intervenga disdetta (detto anche recesso) inviata per lettera raccomandata o per Pec da parte del Socio, così come determinato dai successivi Art. 19 e 20.

Eventuali eccezioni al tacito rinnovo verranno regolamentati da Mutua Ulisse nei Nomenclatori stessi, nelle Convenzioni o con apposite deliberazioni di Mutua Ulisse.

Art. 14.2 Le Prestazioni Sanitarie prescelte all'atto dell'Adesione dai Soci (in forma Singola o per gli altri soci facenti parte del nucleo familiare dichiarato nel Modulo di adesione), si intenderanno in decorrenza dalle ore 00,00 del primo giorno del mese successivo a quello della valida iscrizione (come indicato al precedente art. 2), purché il relativo pagamento del contributo sanitario dovuto, pervenga a Mutua Ulisse con valuta contabile, entro l'ultimo giorno del mese di pagamento.

Dalla data di decorrenza di cui sopra, si presume quindi la piena e consapevole conoscenza delle norme relative alle prestazioni e sussidi relativi all'Assistenza Sanitaria prescelta, che saranno comunque sempre a disposizione dell'Associato sia sul sito internet della Mutua (www.mutuaulisse.it) sia nella sede stessa della Società di Mutuo Soccorso.

Art. 15 - Esclusione del diritto alle prestazioni.

Per le prestazioni facenti parte del Piano Sanitario **Tutela Salute Base**, sono escluse dal diritto alle prestazioni, le spese relative a ricoveri con e senza intervento, che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate precedentemente alla data di prima adesione da parte di ciascun Socio (Singolo o facente parte di nucleo familiare) a Mutua Ulisse -

Tuttavia, in occasione della prima iscrizione e adesione a Mutua Ulisse, qualora l'Aderente (e ciascun familiare) esibisse la prova di una precedente similare assistenza sanitaria integrativa, prestata da altri enti/assicurazioni, scaduta da non oltre 60 giorni rispetto alla data del pagamento del primo contributo di iscrizione (come specificato al precedente punto 14.2 e regolato dal successivo

art.17.1), l'assistenza sanitaria si intenderà efficace senza soluzione di continuità delle prestazioni, con la precedente copertura sanitaria, sin dalle ore 00,00 della data di scadenza della medesima.

L'esclusione delle patologie pregresse sarà pertanto operante se la patologia non risulti in garanzia nella precedente copertura, oppure risulti preesistente alla data di effetto della prima copertura assistenziale avuta con altri enti/assicurazioni come comprovata e mantenuta ininterrotta sino alla data di adesione a Mutua Ulisse.

Relativamente agli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo, si intendono compresi in garanzia quelli sostitutivi di protesi che siano state impiantate successivamente alla data di prima adesione dell'iscritto alla Mutua o ad altro ente senza soluzione di continuità o alla data di successiva adesione in caso di interruzione.

Art. 16 – Inclusioni/Esclusioni dal diritto alle prestazioni sanitarie previste dai Programmi Sanitari per i Soci della Mutua.

Le movimentazioni relative ai Soci facenti parte di un unico nucleo familiare sono regolate dai punti di seguito indicati:

a) I soci facenti parte di un unico nucleo familiare (come descritto all'art. 2), sono inclusi in garanzia tutti dalla stessa decorrenza, salvo il caso disciplinato ai punti successivi.

b) Inclusione di neonato quale nuovo socio per variazione dello stato di famiglia.

Nel corso di ciascun anno assistenziale (1° gennaio – 31 dicembre) è possibile richiedere l'iscrizione di un nuovo socio, quale componente del nucleo familiare, soltanto in caso di nuova nascita e richiedere che il neonato usufruisca delle prestazioni dei Piani sanitari previsti. La nuova nascita e la richiesta di iscrizione a socio dovrà essere comunicata alla Mutua entro un mese dalla nascita. In tal caso, il neonato si intenderà assistito con gli stessi piani assistenziali in atto per il socio singolo o per l'intero nucleo familiare, sino alla scadenza dell'annualità in corso e a titolo gratuito.

c) Variazione del requisito di carico fiscale da parte di un figlio.

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte di un figlio, il diritto alla prestazione sanitaria cesserà alla prima scadenza annua di adesione ai Programmi Sanitari e non potranno pertanto essere mantenute negli anni successivi, salvo che la persona in argomento richieda per sé stesso una nuova iscrizione.

Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte di un figlio, la garanzia decorrerà dalla successiva annualità.

d) Esclusioni dalla garanzia

Nel caso di esclusione del Socio (o di suoi familiari) le prestazioni sanitarie cesseranno di essere erogate dal primo giorno del mese successivo a quello della comunicazione, se la comunicazione sia pervenuta a Mutua Ulisse entro il giorno 15 del mese; nel caso la comunicazione pervenga dopo il giorno 15 del mese, le prestazioni sanitarie cesseranno di essere erogate dal primo giorno del secondo mese successivo a tale data.

e) Decesso del "Richiedente"

Nel caso di decesso del socio Richiedente, il contributo aggiuntivo versato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di decesso e la prima scadenza annuale, verrà restituito ai familiari al netto delle imposte, semprechè non siano state pagate assistenze durante l'annualità in corso.

f) In tale caso per i familiari "superstiti" saranno mantenute le garanzie assistenziali sino alla scadenza dell'annualità in corso. Per le annualità successive i soci familiari superstiti potranno mantenere l'iscrizione a Mutua Ulisse e alle garanzie assistenziali, purchè tra i soci familiari "superstiti" figuri un familiare maggiorenne che acquisisca il requisito di "caponucleo." In tal caso, il diritto alla prestazione potrà essere mantenuto anche per le annualità successive mantenendo la continuità assistenziale sino ad allora acquisita. In alternativa i soci "superstiti" potranno provvedere essi stessi ad una nuova adesione a Mutua Ulisse, inviandone domanda con modulo di adesione, in qualità di Soci e mantenendo la continuità assistenziale con le precedenti annualità.

Nel caso di decesso del familiare di un Richiedente l'esclusione avverrà limitatamente a tale familiare alla prima scadenza mensile successiva al decesso. Il contributo sanitario aggiuntivo versato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di decesso e la prima scadenza annuale, verrà restituito al netto delle imposte, sempre che non siano state pagate

assistenze durante l'annualità in corso.

Art. 17 – Definizione, modalità e tempi per il pagamento dei contributi associativi e aggiuntivi per le prestazioni sanitarie.

17.1 Per pagamento di qualunque contributo dovuto alla Mutua, si intende il giorno/mese/anno in cui le somme versate (con il bonifico bancario) siano nella piena disponibilità di Mutua Ulisse. **Farà pertanto fede e sarà ritenuta valida soltanto la data di valuta di accredito che la banca di Mutua Ulisse assegna a ciascun pagamento ricevuto**, e poi successivamente comunicato, attraverso i documenti contabili forniti a Mutua Ulisse.

17.2 Modalità di pagamento.

a) Il pagamento dei contributi associativi può essere effettuato entro giorni trenta dalla decorrenza dell'annualità di iscrizione o di rinnovo di successiva annualità, salvo deroghe stabilite dal Consiglio di Amministrazione di Mutua Ulisse sms comunicate ai Soci a mezzo posta e/o a mezzo posta elettronica (e-mail) e indicate sul sito di Mutua Ulisse.

b) Il pagamento dei contributi associativi deve essere effettuato soltanto con accredito sul c/c bancario di Mutua Ulisse a mezzo bonifico bancario intestato a:

Ulisse - società di mutuo soccorso – Roma

sul conto corrente di BNL Roma, avente IBAN: **IT85A01005032000000 00013816**

indicando l'importo di €

e la Causale: Contributo associativo MUTUA ULISSE anno – (inserire) codice fiscale nome e cognome del Richiedente che effettua il pagamento anche per conto dei soci familiari inclusi.

d) Eventuali diverse modalità di pagamento, in relazione a particolari Convenzioni o sussidi assistenziali, saranno di volta in volta deliberati dal Consiglio di Amministrazione di Mutua Ulisse e comunicate ai Soci tramite le proprie e-mail e con la pubblicazione dell'informazione sul sito www.mutuaulisse.it

In caso di ritardo nel pagamento dei contributi associativi, la Mutua non è tenuta ad avvisare i Soci della scadenza del pagamento dei contributi associativi. Eventuali solleciti al pagamento inviati al Socio, potranno essere effettuati nel solo interesse del Socio ed al fine di agevolare il funzionamento amministrativo della Mutua.

In tutti i casi, sarà data sempre adeguata evidenza delle modalità di pagamento, sia nei moduli di richiesta di ammissione, che nelle eventuali Convenzioni.

Art. 18 – Revoca/Ripensamento

Il sottoscrittore della domanda di prima adesione a Mutua Ulisse può esercitare il diritto di ripensamento (detto anche di "revoca") entro 14 (quattordici) giorni decorrenti dalla data del primo bonifico effettuato a favore della Mutua, per la prima iscrizione e adesione ai programmi sanitari della Mutua, inviando lettera raccomandata A/R alla Società di Mutuo Soccorso Ulisse, Via Lusitania 4 00183 Roma (RM).

Il sottoscrittore, esercitando il diritto di revoca entro il termine sopra indicato, ha il diritto al rimborso dell'intera quota sottoscritta, corrispondente al contributo associativo annuale ed al contributo aggiuntivo relativo ai Programmi Sanitari scelti, se versato.

Per l'operazione di rimborso, la Società di Mutuo Soccorso Ulisse storerà dall'importo della quota il costo relativo all'operazione bancaria da effettuarsi, determinato in € 2,50.

In ogni caso il diritto di revoca di cui sopra è riconosciuto al Socio unicamente al momento della presentazione della prima domanda di ammissione.

Art. 19 – Recesso dalla qualifica di Socio

Il Socio può esercitare il diritto di recesso da Mutua Ulisse, inviando la richiesta alla Mutua, entro 60 giorni dalla scadenza dell'annualità di iscrizione, da formalizzarsi pena la sua inefficacia e/o invalidità ad ogni e qualsivoglia effetto, a mezzo raccomandata A/R (o PEC) inviata alla sede legale di Mutua Ulisse.

Il Socio receduto non ha diritto alla restituzione di alcuna quota del fondo sociale, né di alcuna somma precedentemente versata.

Art. 20 – Recesso dai Programmi Sanitari

Il Socio ha altresì il diritto di recesso da ogni singolo Programma Sanitario prescelto, da esercitarsi a mezzo raccomandata A/R (o PEC) inviata alla sede legale della Società di Mutuo Soccorso Ulisse entro 60 giorni dalla scadenza dell'annualità di iscrizione o di successivo rinnovo.

Il Socio receduto non ha diritto alla restituzione di alcuna quota del fondo sociale, né di alcuna somma precedentemente versata.

Art. 21 – Morte del Socio avente diritto

In caso di morte del Socio avente diritto, la Mutua - che persegue finalità di interesse generale- provvederà a liquidare le prestazioni attivate per il socio deceduto, sempre che non sia diversamente stabilito dalle norme dei Piani sanitari, agli eredi legittimi nelle misure e nelle forme previste dal Codice civile, previa richiesta scritta degli stessi.

Alternativamente le Prestazioni verranno liquidate agli eventuali beneficiari indicati dal Socio ordinario in vita, secondo le disposizioni del Codice civile in materia di successione testamentaria, a seguito di loro richiesta scritta.

Gli eredi legittimi e/o i beneficiari ai quali andranno liquidate le prestazioni, dovranno delegare, con procura autenticata da un notaio o altra autorità competente uno solo di loro a riscuotere l'intera somma concessa. Tale pagamento avrà effetto liberatorio ai sensi di legge nei confronti di tutti gli eredi legittimi e/o beneficiari.

Art. 22 – Perdita del diritto alle prestazioni per morosità e sospensione della qualifica di Socio

Per il titolare del rapporto associativo che non ottemperi al tempestivo versamento dei contributi entro i termini previsti (Art. 17.2), il vincolo sociale verrà sospeso. In caso di sospensione, il Socio non avrà alcun diritto a qualsiasi assistenza per sé e per i famigliari.

I contributi versati oltre i termini previsti saranno oggetto di valutazione da parte del CdA che delibererà sulla possibilità di accettazione degli stessi e sulle modalità di erogazione delle prestazioni. Durante la sospensione del vincolo sociale l'interessato non può esercitare i diritti sociali derivanti dal presente Statuto.

Art. 23 – Esclusione dalla qualifica di Socio

23.1) Il Consiglio di Amministrazione può deliberare l'esclusione del socio nei seguenti casi:

- a) Inadempienza o inosservanza da parte del Socio dello Statuto e dei regolamenti;
- b) Comportamenti del Socio dannosi in genere per la Società di Mutuo Soccorso e il suo funzionamento;
- c) Simulazione del verificarsi delle condizioni per ottenere i sussidi e le prestazioni della Società di Mutuo Soccorso.
- d) Mutamento dell'attività lavorativa del socio quando la nuova condizione sia in contrasto con quanto previsto dal regolamento e dallo Statuto;
- e) Condanna del socio per atti infamanti.
- f) Morosità del Socio.

Il socio potrà altresì essere escluso, in caso di verifica successiva all'adesione, anche solo dai piani sanitari per difetto di veridicità dei dati personali e identificativi comunicati.

Il Socio così escluso non potrà successivamente rientrare a far parte della Società di Mutuo Soccorso.

23.2 – Decadenza per morosità.

Il socio moroso per sei mesi decade dalla qualifica di socio, perde ogni diritto e viene cancellato dai ruoli sociali, ma ha comunque l'obbligo di versare, a titolo di penale, la metà del contributo annuale che avrebbe dovuto versare. Per il recupero di tale penale, Mutua Ulisse potrà adire all'azione giudiziaria ordinaria per il recupero della somma, chiedendo anche il rimborso delle spese legali ed amministrative.

Potrà rientrare a far parte della Società, soltanto come nuovo socio, osservando tutte le disposizioni dello Statuto riguardanti le nuove ammissioni. La sua anzianità associativa, anche ai fini dell'anzianità assistenziale sanitaria, verrà in tal caso computata dal giorno della sua riammissione.

Art. 24 – Conservazione delle ricevute

Ulisse sms entro il 31 marzo di ogni anno emetterà a favore del Socio la certificazione fiscale di tutti i versamenti effettuati dallo stesso per tutti i contributi associativi e quote associative versati nell'anno precedente.

Le certificazioni saranno rese disponibili sul sito www.mutuaulisse.it, nell'area personale di ciascun socio.

Il Socio dovrà conservare per il termine di prescrizione di cinque anni, tutte le ricevute dei versamenti effettuati alla Mutua per contributi associativi e sanitari, a comprova dei pagamenti effettuati.

Art. 25 – Obbligo di notifica dati

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

Nel caso di variazione del proprio nucleo familiare e/o della residenza dovrà prodursi idonea certificazione anagrafica, entro 60 giorni dall'avvenuta variazione, pena la decadenza dal diritto ai sussidi.

La Mutua si riserva il diritto di poter richiedere in ogni circostanza la presentazione dello stato di famiglia anagrafico e di ogni altra documentazione ritenuta utile e/o necessaria per l'attribuzione dei sussidi o dei servizi mutualistici.

Art. 26 – Trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 (in seguito GDPR))

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione, il Socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Mutua Soccorso ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 (in seguito GDPR), del Decreto legislativo n. 196/2003 come modificato ed integrato e della normativa vigente in materia, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa.

Art. 27 – Esclusione di responsabilità della Mutua Soccorso per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati

Ulisse - sms è da ritenersi esclusa da ogni responsabilità anche indiretta, a qualsiasi titolo, nessuno escluso, per eventuali danni arrecati al Socio e/o ai propri aventi diritto a seguito delle prestazioni (in particolare quelle sanitarie) erogate presso strutture o da professionisti convenzionati con Mutua Ulisse o con società che per conto di Mutua Ulisse erogano servizi di network sanitario e servizi di gestione delle pratiche di rimborso sia in forma diretta che indiretta.

Art. 28 – Modifiche deliberate dal Consiglio di amministrazione

Il CdA nei casi di particolare necessità può deliberare modifiche al Regolamento applicativo e ai suoi Regolamenti aggiuntivi allegati, con l'obbligo di comunicare tali modifiche alla prima Assemblea utile dei soci.

TITOLO V

FORME DI ASSISTENZA E MODALITÀ PER IL CONSEGUIMENTO DELLE PRESTAZIONI

Art. 29 – “Convenzione/Polizza”

A tutela dei propri Soci, come definiti nello statuto, Ulisse sms ha stipulato apposite “Convenzioni/Polizze” con primarie Compagnie di assicurazioni specializzate nel ramo sanitario, che si assumono l'onere di erogare le prestazioni sanitarie dei Programmi sanitari previsti da Mutua Ulisse, e di provvedere alla gestione e liquidazione dei rimborsi, ovvero di provvedere a erogare le prestazioni nella forma diretta presso le strutture con esse convenzionate. L'elenco completo delle strutture convenzionate, che le Compagnie partecipanti mettono a disposizione dei Soci di Mutua Ulisse, è riportato sul sito www.mutuaulisse.it alla pagina “STRUTTURE CONVENZIONATE”.

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

Art. 30 – Operatività della Mutualità. Forme di erogazione dell'assistenza sanitaria

Le prestazioni fornite da Mutua Ulisse sono operanti nei termini previsti dal relativo Nomenclatore del Programma Sanitario scelto e sottoscritto dal Socio. Pertanto la decorrenza dell'assistenza sanitaria, l'oggetto dei servizi e delle prestazioni, i massimali, i rimborsi, le quote di spesa a carico dell'Associato, i casi di non operatività delle prestazioni e la disciplina dei rimborsi relativi a malattie preesistenti all'iscrizione, sono regolamentati dal Nomenclatore del Programma Sanitario effettivamente scelto dal Socio.

Le forme di assistenza sanitaria e le modalità di attivazione delle diverse forme di erogazione delle prestazioni, sono descritte nei Nomenclatori dei piani sanitari allegati al presente Regolamento, del quale ne fanno parte integrante.

Art. 31 – Erogazione delle prestazioni sanitarie.

31.1 - Documentazione richiesta per l'erogazione di prestazioni sanitarie (richieste di rimborso in forma diretta e/o indiretta e di indennizzo)

La Mutuo Soccorso (o società da essa incaricata per l'erogazione delle prestazioni sanitarie) stabilisce la documentazione necessaria da produrre a supporto di ciascuna domanda di erogazione delle prestazioni.

Il Socio prende atto che la Mutua (o società da essa incaricata per l'erogazione delle prestazioni sanitarie) può richiedergli tutta la documentazione, anche antecedente la domanda di ammissione, che ritiene opportuna per la valutazione delle richieste di erogazione delle prestazioni / servizi sanitari, con particolare riferimento alle prestazioni di natura sanitaria.

La mancata o incompleta presentazione della documentazione richiesta determina l'impossibilità di procedere alla valutazione delle richieste e all'erogazione dei rimborsi.

31.2 – Accesso alle prestazioni sanitarie.

La richiesta di accesso alle prestazioni, da parte dei Soci, dovrà essere sempre presentata nel rispetto delle modalità operative indicate nelle "Guide alle prestazioni" e negli specifici Nomenclatori Sanitari, e mediante l'utilizzo dell'apposita Modulistica messa a disposizione dell'Associato.

31.2.1 - Conformità della documentazione richiesta

Il socio all'atto della richiesta di rimborso per prestazioni richieste ed effettuate o del servizio, deve allegare alla domanda tutti i documenti elencati nella domanda di rimborso o richiesti per ogni singola prestazione o servizio. Tutti i documenti allegati devono risultare aggiornati e conformi a quanto richiesto e tutta la documentazione di spesa deve essere prodotta in fotocopia conforme (o in originale solo se richiesto) o ed essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.

Non sono ammessi documenti che presentino correzioni e/o cancellature; nell'ipotesi di presentazione di documenti corretti, cancellati o comunque artefatti, il socio decade dal diritto al sussidio al quale tali documenti si riferiscono.

31.2.2 - Sussidio indiretto per prestazioni erogate da una struttura sanitaria convenzionata

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto, si sottoponga a prestazioni sanitarie presso una struttura sanitaria con la quale la Mutua (o Società da Essa incaricata) abbia sottoscritto una convenzione che preveda il pagamento diretto in tutto o in parte delle prestazioni medesime come tassativamente elencate Nei Nomenclatori dei Piani sanitari, avrà diritto a un rimborso indiretto consistente nel pagamento da parte della Mutua, o di Società da Essa incaricata, a favore della struttura medesima, delle relative spese per le prestazioni ricevute, limitatamente nella misura, nei termini e secondo le condizioni previste dalla convenzione pattuita e alle norme dei Nomenclatori.

31.2.3 – Rimborso per prestazioni in centri non convenzionati.

Per le **richieste di rimborso**, a seguito di prestazioni effettuate liberamente in strutture non convenzionate (o, anche se convenzionate, senza aver contattato la centrale operativa), si dovrà compilare il **Modulo di richiesta** rimborso, presente sul nostro sito www.mutuaulisse.it ed allegare **fotocopia** della documentazione giustificativa. La richiesta deve essere inviata all'indirizzo presente sul Modulo del rimborso.

In ogni caso occorre attenersi alle procedure indicate nelle "Guide alle Prestazioni" e ai "Nomenclatori" allegati al presente regolamento.

In allegato i Nomenclatori relativi ai Piani sanitari:

Tutela Salute Base; Tutela Salute Più; Extension, Pandemic, Dental.