



Regolamento applicativo

CASSA MUTUA MBA

—

**FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL SISTEMA SANITARIO
NAZIONALE**

Approvato con delibera dell'Assemblea dei Soci del 22 luglio 2021.

Art. 1 – Ammissione degli Associati

Possono richiedere l'ammissione a Cassa Mutua MBA – Fondo Sanitario Integrativo del Sistema Sanitario Nazionale (per il seguito "CASSA"), in qualità di Associati, tutti i soggetti di cui all'art. 9 che segue. Tutte le richieste verranno poi valutate dal Consiglio di Amministrazione (per il seguito anche "CdA") della CASSA, sulla base delle disposizioni contenute nello Statuto e nel presente Regolamento Applicativo.

Art. 2 – Modalità di Adesione

Per l'ammissione alla CASSA, il candidato dovrà:

- a) Compilare e sottoscrivere in ogni sua parte la domanda di adesione redatta su apposito modulo messo a disposizione dalla CASSA, avendo cura di indicare l'indirizzo e-mail a cui saranno inviate tutte le comunicazioni relative al rapporto associativo, nonché il recapito telefonico;
- b) Provvedere al versamento della Quota di Iscrizione annuale (da versarsi alla sottoscrizione della domanda di adesione e successivamente alla scadenza annuale), nonché, al versamento dei Contributi annuali previsti e delle Quote aggiuntive per l'inclusione degli Aveni Diritto, relativi alle Coperture sanitarie prescelte, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione;

L'ammissione del nuovo Associato alla CASSA rimane in ogni caso subordinata alla preventiva accettazione di quest'ultima, mediante delibera del Consiglio di Amministrazione o, qualora costituito, mediante delibera del Comitato Esecutivo.

Art. 3 – Iscrizione nel Libro dei soci

Il Consiglio di Amministrazione, una volta accettata l'ammissione, provvederà ad iscrivere il nominativo del nuovo Associato all'interno del relativo Libro dei Soci, dandone comunicazione scritta all'interessato. Qualora il Consiglio di Amministrazione rigetti, per qualsiasi motivo, la domanda di adesione, comunicherà al candidato, entro 30 giorni dall'adozione della relativa delibera, le motivazioni del rigetto, a mezzo e-mail all'indirizzo indicato nella domanda di adesione, o, ove non disponibile, mediante fax o lettera raccomandata. Il candidato potrà comunque riproporre una nuova domanda di adesione solo dopo aver rimosso i motivi che hanno determinato la mancata accettazione.

In caso di rigetto della domanda di adesione, l'Associato avrà diritto alla restituzione degli importi eventualmente versati a titolo di Quota di Iscrizione, Contributo annuale o Quota aggiuntiva.

L'iscrizione ad Associato decorre dalle ore 24 della delibera di accettazione della domanda di adesione.

Art. 4 - Conoscenza dello Statuto e del Regolamento applicativo

L'Associato deve attenersi scrupolosamente a tutte le norme e prescrizioni contenute nello Statuto sociale e nel Regolamento Applicativo, nonché a tutte le delibere regolarmente assunte dagli organi statutari ed alle comunicazioni dirette agli Associati. Si impegna inoltre a conoscere e rispettare le Coperture Sanitarie dallo stesso sottoscritte.

Al momento dell'adesione, il candidato si impegna a prendere conoscenza delle norme contenute nello Statuto, nel Regolamento Applicativo vigente e nelle Coperture Sanitarie prescelte. La CASSA mette a disposizione di tutti gli Associati la documentazione di cui al periodo precedente e ne garantisce la libera fruibilità nell'Area Riservata dedicata e resa disponibile sul sito internet della CASSA; si impegna inoltre ad inviare all'Associato (o a pubblicare sul sito internet) avvisi e comunicazioni inerenti modifiche del rapporto associativo, dell'organizzazione sociale, la messa a disposizione di nuovi servizi e, più in generale, ogni informazione utile e significativa riguardante la CASSA medesima. Le comunicazioni saranno inviate all'indirizzo e-mail o all'indirizzo della sede, indicati dall'Associato nell'apposita domanda di adesione. Sarà pertanto cura dell'Associato comunicare tempestivamente alla CASSA eventuali variazioni delle informazioni indicate nella domanda di adesione.

Art. 5 - Iscritti e Aventi Diritto

Gli Associati iscrivono alla CASSA i propri dipendenti e collaboratori, familiari di questi ultimi e tutti i soggetti che aderiscono in qualità di soci e/o associati. Questi ultimi assumono la qualifica di Iscritti alla CASSA e sono i beneficiari delle Coperture Sanitarie prescelte dall'Associato.

Assumono altresì la qualifica di Iscritti, in qualità di "Aventi Diritto", i seguenti componenti del nucleo familiare dell'Iscritto:

- a) il coniuge ed il convivente *more uxorio* (lo stato *more uxorio* dovrà essere provato tramite dichiarazione congiunta *pro veritate* di *more uxorio*) ed il convivente dello stesso sesso dell'Iscritto a condizione che gli stessi siano uniti da reciproci vincoli affettivi di coppia, che non vi sia parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno e che convivono stabilmente e si prestino assistenza e solidarietà materiale e morale (lo stato di convivenza dovrà essere provato tramite dichiarazione congiunta *pro veritate*);
- b) i figli sino ai 26 anni ed i figli oltre i 26 anni, conviventi con l'Iscritto a condizione che questi ultimi siano fiscalmente a carico (a tal fine, dovrà essere presentata apposita autocertificazione in merito) oppure versino in uno stato di invalidità superiore al 66% (a tal fine, dovrà essere presentata idonea certificazione in merito), salvo deroghe accordate in apposite convenzioni.

La qualità di Iscritto si perde nei seguenti casi:

- risoluzione o cessazione per qualunque causa del rapporto di lavoro o associativo con l'Associato;
- decesso dell'Iscritto;
- recesso dell'Associato dalla CASSA;

delibera del Consiglio di Amministrazione, a seguito del mancato versamento dei contributi dovuti alla CASSA.

Art. 6 – Sussidi straordinari

Il Consiglio di Amministrazione potrà deliberare, a suo insindacabile giudizio, l'erogazione di sussidi straordinari a favore degli Associati e/o dei relativi Iscritti e Aventi Diritto in caso di eventi di particolare gravità.

Art. 7 – Fondi Speciali

A fini puramente solidaristici, il Consiglio di Amministrazione, a suo insindacabile giudizio, potrà deliberare la costituzione di fondi speciali con destinazione vincolata, dai quali prelevare somme da destinare ad Enti, Società ed Istituti di ricerca in campo sanitario, di studio in campo mutualistico, di beneficenza, di volontariato, operanti sia sul territorio nazionale che nel resto del mondo.

Art. 8 – 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 CASSA 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. 9 – Ammissione e contribuzioni degli Associati

a) Possono richiedere l'ammissione alla CASSA, in qualità di Associati:

- soggetti pubblici o privati;
- persone giuridiche pubbliche o private interessate all'erogazione di prestazioni sanitarie in favore dei propri dipendenti e collaboratori;
- persone giuridiche pubbliche o private di qualsiasi settore, i cui dipendenti e familiari beneficiano di coperture sanitarie collettive promosse da Mutua MBA o da società di mutuo soccorso dalla stessa partecipate o alla stessa associate ("**Società Convenzionate**");
- enti bilaterali, sindacati o associazioni rappresentativi di lavoratori dipendenti e/o pensionati che beneficiano, in virtù di specifica convenzione, dell'erogazione di coperture sanitarie collettive per il tramite della Mutua MBA o di Società Convenzionate ("**Associazioni Convenzionate**");
- casse assistenziali, Società di Mutuo Soccorso, Fondi Sanitari, ai fini e per gli effetti stabiliti dalle leggi in materia, da accordi e/o regolamenti aziendali o di categoria o dalle necessità personali dai singoli associati;

•

b) Nella domanda di adesione il candidato potrà inoltre indicare la Copertura Sanitaria prescelta provvedendo contestualmente al versamento del relativo Contributo annuale (nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione); il Contributo annuale, qualora il CdA abbia disposto in tale senso, potrà essere corrisposto a CASSA in rate (semestrali, trimestrali o mensili), previa autorizzazione rilasciata dal candidato al pagamento delle rate mediante RID bancario o carta di credito;

c) Il valore della Quota di Iscrizione, delle Quote aggiuntive e del Contributo annuale previsto per le Coperture Sanitarie messe a disposizione, potrà essere modificato 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 CASSA informarne l'Associato – mediante comunicazione da effettuarsi con le modalità di cui al precedente Art. 4 – entro la data prevista per esercitare il diritto di recesso (60 giorni prima della scadenza annuale).

d) Non saranno in ogni caso ammesse le domande di adesione che siano:

- prive di Autorizzazione al Trattamento dei Dati, ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016;
- prive di sottoscrizione del candidato;
- prive dei dati identificativi del candidato e dei riferimenti utili per consentire l'invio di comunicazioni;
- prive dell'attestazione del pagamento dei contributi dovuti.

e) la messa a disposizione delle Coperture Sanitarie prescelte in favore degli Iscritti/Aventi Diritto è in ogni caso subordinata:

- al corretto versamento, da parte dell'Associato, dei relativi Contributi annuali;
- al rilascio dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016 da parte dei propri dipendenti/collaboratori e familiari di questi ultimi in favore della CASSA (l'acquisizione dell'autorizzazione dovrà essere effettuata a cura dell'Associato)

Art. 10 - Convenzioni

Il Consiglio di Amministrazione di CASSA può stipulare Convenzioni con l'Associato per garantire l'iscrizione di persone fisiche provenienti da aziende, mutue, cooperative, associazioni, enti o casse, individuando specifiche modalità di adesione, specifiche Coperture Sanitarie e ogni altra previsione inerente l'adesione e l'erogazione delle prestazioni.

Il Consiglio di Amministrazione di CASSA ha inoltre facoltà di stipulare Convenzioni con enti della Pubblica Amministrazione anche a seguito dell'aggiudicazione di procedure a evidenza pubblica.

Art. 11 – Ammissione dei nuovi Associati

Tutte le domande di adesione che perverranno alla CASSA, saranno valutate dal CdA e decorreranno dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuta delibera. Il CdA si riunirà e delibererà l'ammissione ad Associato indicativamente due volte ogni mese o secondo necessità.

La CASSA valuterà solo ed esclusivamente quelle domande di adesione pervenute in originale e che siano complete di tutti i dati richiesti, e per le quali risulti sia andato a buon fine il pagamento delle quote e dei contributi previsti.

La partecipazione alla vita associativa degli Associati non ha carattere temporaneo. Gli associati sono tenuti a versare i contributi associativi di cui allo Statuto ed al presente Regolamento per tutta la durata del rapporto associativo.

Art. 12 – Decorrenza e durata del diritto alle prestazioni sanitarie e ai servizi mutualistici previsti nelle Coperture Sanitarie

Le Coperture Sanitarie prescelte dall'Associato si intenderanno in decorrenza dalle ore 24.00 del giorno della relativa delibera del CdA.

Dalla data di decorrenza di cui sopra, si presume quindi la piena e consapevole conoscenza delle norme relative alle prestazioni relative alla Copertura Sanitaria prescelta, che saranno comunque sempre a disposizione dell'Associato sia nell'area riservata dedicata sia sul sito internet di CASSA.

L'adesione alle singole Coperture Sanitarie si intenderà tacitamente rinnovata di anno in anno, ove non intervenga disdetta per iscritto da parte dell'Associato. Eventuali eccezioni al tacito rinnovo verranno regolamentati dalla CASSA nelle Coperture Sanitarie o nelle Convenzioni.

Art. 13 – Pagamento dei contributi associativi

Il pagamento delle quote e dei contributi può essere effettuato solo attraverso le modalità sotto indicate, salvo quanto diversamente pattuito nelle Convenzioni, ovvero diversamente deliberato dal CdA:

- pagamento con ASSEGNO BANCARIO NON TRASFERIBILE intestato a Cassa Mutua MBA – Fondo Sanitario Integrativo del Sistema Sanitario Nazionale;
- accredito sul c/c bancario della Cassa Mutua MBA – Fondo Sanitario Integrativo del Sistema Sanitario Nazionale;
- mediante sottoscrizione di apposita delega da parte dell'Isritto/Avente Diritto nei confronti dell'Associato per la trattenuta in busta paga dei contributi;
- altri mezzi predisposti dalla CASSA comunque confacenti al riconoscimento per le detrazioni fiscali del contributo associativo versato.

In caso di ritardo nel pagamento dei contributi e delle quote, la CASSA non è tenuta ad avvisare gli Associati della scadenza. Eventuali solleciti al pagamento inviati all'Associato, potranno essere effettuati nel solo interesse di quest'ultimo ed al fine di agevolare il funzionamento amministrativo della CASSA. Per ogni versamento del contributo o della quota aggiuntiva a mezzo RID bancario non andato a buon fine, la CASSA si riserva la facoltà di richiedere il pagamento degli oneri bancari per la richiesta di nuovo addebito. In tutti i casi, sarà data sempre adeguata evidenza delle modalità di pagamento, sia nei moduli di adesione, che nelle eventuali Convenzioni.

In caso di pagamento mediante frazionamento mensile – qualora espressamente previsto o comunque accordato dal CdA – il pagamento della prima rata dovrà avere ad oggetto il versamento anticipato di tre mensilità.

Art. 14 – Revoca della domanda di adesione

L'Associato può esercitare il diritto di revoca entro 10 (dieci) giorni decorrenti dalla sottoscrizione della domanda di adesione, inviando lettera raccomandata A/R a Cassa Mutua MBA – Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale, Via di Santa Cornelia, 5, 00060, Formello (RM), ovvero a mezzo pec. Il sottoscrittore, esercitando il diritto di revoca entro il termine sopra indicato, ha il diritto al rimborso dell'intera quota sottoscritta e degli eventuali ulteriori contributi versati. Per l'operazione di rimborso, la CASSA storerà dall'importo da rimborsare il costo relativo all'operazione bancaria da effettuarsi. In ogni caso il diritto di revoca di cui sopra è riconosciuto

all'Associato unicamente al momento della presentazione della prima domanda di adesione; è pertanto preclusa la revoca al momento dei successivi rinnovi annuali.

Art. 15 – Esercizio del diritto di recesso da parte degli Associati

Qualora un Associato intenda recedere dal rapporto associativo sarà tenuto a far pervenire alla CASSA un'apposita dichiarazione redatta in forma scritta e trasmessa a mezzo raccomandata A/R o p.e.c.. Il Consiglio di Amministrazione dà atto con propria delibera della ricezione della dichiarazione di cui al periodo precedente e provvede alla cancellazione dell'Associato dal Libro Soci nei termini che seguono:

- qualora la dichiarazione di recesso venga trasmessa alla CASSA almeno 60 giorni prima del termine dell'anno associativo in corso, il CdA provvederà contestualmente all'adozione della delibera di cui al periodo precedente, o comunque senza ritardo, alla cancellazione dell'Associato dal Libro Soci;
- qualora la dichiarazione di recesso venga trasmessa alla CASSA entro i 60 giorni antecedenti il termine dell'anno associativo in corso, il CdA provvederà alla cancellazione dell'Associato dal Libro Soci unicamente al termine dell'anno associativo successivo a quello in corso.

Gli effetti del recesso operano a decorrere dalla cancellazione dell'Associato dal Libro Soci. Sino al verificarsi della condizione di cui al periodo precedente, l'Associato recedente è tenuto al rispetto di tutti i doveri e degli obblighi, ivi inclusi quelli contributivi, di cui sono onerati la generalità degli associati, stabiliti nello Statuto o nel presente Regolamento, nonché nelle delibere e nei provvedimenti dei competenti organi sociali, in conformità alle disposizioni dello Statuto o del presente Regolamento.

In ogni caso, l'Associato receduto è tenuto al versamento delle somme comunque dovute a CASSA in ragione del rapporto associativo sciolto o delle Coperture Sanitarie precedentemente sottoscritte. In tal senso, qualora l'Associato recedente o receduto non abbia versato per intero i contributi e le quote previsti (in caso di pagamento rateizzato), lo stesso è comunque tenuto a saldare la parte di contributi e quote mancanti.

Eventuali deroghe alle disposizioni di cui al presente articolo potranno essere disciplinate dalla CASSA nelle Convenzioni o con apposite delibere del Consiglio di Amministrazione.

L'Associato receduto non ha alcun diritto alla restituzione delle quote o dei contributi versati a CASSA, che sono in ogni caso intrasmissibili e non rivalutabili.

Art. 16 – Esclusione del diritto alle prestazioni

Il diritto alle prestazioni elencate nelle relative Coperture Sanitarie, salvo esplicite e specifiche deroghe, non compete in ogni caso quando la richiesta della prestazione sia conseguenza di patologie o infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di ammissione, inerenti agli Iscritti/Aventi Diritto beneficiari delle prestazioni.

Art. 17 – Perdita delle prestazioni sanitarie per morosità.

All'Isritto o all'Avente diritto dell'Associato, il quale risulti in ritardo con i pagamenti dei contributi associativi, non spettano:

- a) le prestazioni / rimborsi indicati nelle Coperture Sanitarie - nessuno escluso - per eventi verificatisi dal primo giorno del mese in cui è divenuto moroso;

b) le prestazioni / rimborsi indicati nei Sussidi - nessuno escluso - maturati per eventi verificatisi antecedentemente al primo giorno di morosità e, a tale data richiesti, non ancora liquidati dalla CASSA, sino alla concorrenza massima dell'importo dei contributi associativi per il quale il Socio risulta moroso, maggiorato degli interessi di mora al tasso legale corrente maturati dal primo giorno di morosità.

Se l'Associato sana interamente - per capitale e per interessi di mora maturati - la predetta morosità entro 180 giorni, dalla avvenuta scadenza, l'Isritto o l'Avente Diritto avrà diritto a:

- le prestazioni / rimborsi determinati da eventi verificatisi dopo la sanatoria;
- le prestazioni / rimborsi di cui al precedente comma, lettera b).

In ogni caso, se la morosità, supera i 180 giorni, il CdA esclude l'Associato con propria delibera. Contestualmente all'adozione della delibera di cui al periodo precedente, il CdA provvede alla cancellazione dell'Associato escluso dal Libro soci.

Art. 18 – Conservazione delle ricevute

La CASSA entro il 31 marzo di ogni anno metterà a disposizione nell'area riservata del portale web del singolo Associato la ricevuta fiscale di tutti i versamenti effettuati dallo stesso per tutti i contributi associativi e quote associative versati nell'anno precedente. Tutte le ricevute dei versamenti dei contributi associativi dovranno essere conservate dall'Associato a comprova dei pagamenti effettuati, entro il termine di prescrizione di cinque anni.

Art. 19 – Obbligo di comunicazione dei dati

Al fine di consentire l'accesso alle prestazioni sanitarie previste nelle Coperture Sanitarie in favore degli Isritti e Aventi Diritto, l'Associato deve necessariamente comunicare, all'atto della richiesta di iscrizione, lo stato di famiglia e la residenza degli Isritti. Nel caso di variazione del nucleo familiare e/o della residenza dovrà prodursi idonea certificazione anagrafica, entro 60 giorni dall'avvenuta variazione, pena la decadenza dal diritto alle Coperture Sanitarie. La CASSA si riserva il diritto di richiedere, in ogni circostanza, la presentazione dello stato di famiglia anagrafico, nonché di ogni altra documentazione ritenuta utile e/o necessaria per l'attribuzione delle Coperture Sanitarie o dei servizi mutualistici.

Art. 20 – Documentazione richiesta per l'erogazione di prestazioni sanitarie (richieste di rimborso in forma diretta e/o indiretta e di indennizzo)

La CASSA stabilisce nel rispetto dello Statuto sociale, del presente Regolamento applicativo e dei regolamenti delle singole Coperture Sanitarie la documentazione necessaria da produrre a supporto di ciascuna domanda di erogazione delle prestazioni.

Gli Isritti e gli Aventi Diritto dell'Associato, con la domanda di adesione, prendono coscienza che la CASSA può richiederli tutta la documentazione, anche antecedente alla prima data di decorrenza della Copertura Sanitaria, che ritiene opportuna a verifica della validità della domanda di erogazione delle prestazioni richieste, con particolare riferimento alle coperture di natura sanitaria. Tale documentazione può essere richiesta anche d'iniziativa dalla CASSA agli enti competenti al relativo rilascio.

La documentazione a corredo della richiesta di rimborso deve essere presentata in modo completo e conforme alle richieste della CASSA, entro 120 giorni dalla data dell'evento. La mancata

presentazione della richiesta di rimborso entro il predetto termine comporta la decadenza dal diritto al rimborso stesso.

Nel caso in cui la richiesta di rimborso sia stata presentata in modo incompleto o non conforme alle richieste della CASSA, all'Isritto e all'Avente Diritto dell'Associato viene concesso un ulteriore termine di 60 giorni decorrenti dal 120° giorno dalla data dell'evento per permettere la regolarizzazione della documentazione; trascorso inutilmente anche detto termine, il socio decadrà dal diritto al rimborso.

La richiesta di accesso alle prestazioni dovrà essere sempre presentata nel rispetto delle modalità operative indicate nelle specifiche Coperture Sanitarie, e mediante l'utilizzo dell'apposita modulistica messa a disposizione. In particolare, qualora la Copertura Sanitaria preveda specifiche agevolazioni per l'erogazione di prestazioni effettuate mediante accesso a strutture sanitarie convenzionate anche in forma indiretta (es. riduzione o eliminazione delle quote di spesa a carico), l'Isritto o l'Avente Diritto, in caso di prestazioni in forma indiretta effettuate presso Strutture Sanitarie Convenzionate, al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate, sarà tenuto in ogni caso a qualificarsi, presso la Struttura Sanitaria ove verranno erogate le prestazioni, in qualità di Isritto o Avente Diritto dell'Associato. A tal fine, al momento della erogazione della prestazione, l'Isritto o l'Avente Diritto dovrà presentare alla Struttura Sanitaria convenzionata o al professionista, il Modulo di Accesso al Network messo a disposizione, il quale dovrà essere appositamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria / Professionista al momento della erogazione della prestazione. Il Modulo di Accesso al Network, unitamente al Modulo di Richiesta di Rimborso ed alla necessaria documentazione medica a supporto della richiesta, dovranno essere inviati alla Centrale Salute dedicata. Qualora la richiesta di rimborso spese non sia accompagnata dal Modulo di Accesso al Network compilato e sottoscritto dalla Struttura Sanitaria e quest'ultima non abbia applicato le tariffe agevolate in favore dell'Isritto, quest'ultimo avrà diritto a ricevere da CASSA il rimborso delle spese sostenute entro il limite delle Tariffe concordate fra CASSA e la Struttura Sanitaria. Le maggiori spese sostenute in ragione della mancata applicazione del Tariffario – determinata dalla mancata attivazione della convenzione da parte dell'Isritto - saranno quindi da intendersi a carico dell'Isritto.

Art. 21 – Trattamento dei dati personali (Regolamento (UE) 679/2016)

Con la sottoscrizione della domanda di adesione, l'Associato, l'Isritto e l'Avente Diritto, preso atto dell'informativa fornita da CASSA ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016, esprimono il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa.

Art. 22 – Conformità della documentazione richiesta

All'atto della richiesta di erogazione delle prestazioni sanitarie o dei servizi mutualistici, l'Isritto o l'Avente Diritto deve allegare alla domanda tutti i documenti previsti e richiesti. Tutti i documenti allegati devono risultare aggiornati e conformi a quanto richiesto e tutta la documentazione di spesa eventualmente sostenuta deve essere prodotta in originale o in fotocopia ed essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.

La CASSA può richiedere che la documentazione in fotocopia venga autenticata da ufficiali pubblici competenti, ove ritenuto necessario. Non sono ammessi documenti che presentino correzioni e/o cancellature. Nell'ipotesi di presentazione di documenti corretti, cancellati o comunque artefatti, l'Isritto decade dal diritto alla prestazione alla quale tali documenti si riferiscono.

Art. 23 – Esclusione di responsabilità della CASSA per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati

La CASSA è da ritenersi esclusa da ogni responsabilità anche indiretta, a qualsiasi titolo, nessuno escluso, per eventuali danni arrecati all'Associato, all'Iscritto o all'Avente Diritto a seguito delle prestazioni (in particolare quelle sanitarie) erogate presso strutture o da professionisti convenzionati con la CASSA o con società incaricata a erogare servizi di network sanitario e servizi di gestione delle pratiche di rimborso sia in forma diretta che indiretta.

Art. 24 – Modifiche deliberate dal Consiglio di amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione di CASSA, a tutela degli interessi di tutti i suoi Associati, Iscritti e Aventi Diritto ha facoltà di deliberare:

- a) modifiche della Quota di Iscrizione, dei Contributi annuali e delle Quote aggiuntive;
- b) modifiche relative alle prestazioni e servizi sanitari individuati nelle Convenzioni;
- c) modifiche alle modalità di erogazione delle prestazioni individuate nelle Convenzioni e nelle Coperture Sanitarie.

Le variazioni di cui sopra saranno in ogni caso portate a conoscenza degli Associati, Iscritti e Aventi Diritto mediante invio di apposita comunicazione all'indirizzo e-mail indicato al momento dell'adesione per la ricezione delle comunicazioni associative o con le diverse modalità individuate.

Le variazioni avranno la seguente decorrenza: (i) le variazioni di cui alle precedenti lettere a) e b) dal 1° giorno dell'anno associativo successivo a quello di iscrizione, salvo non sia comunicato diversamente; (ii) le variazioni di cui alla precedente lettera c), dalla data indicata nella comunicazione ricevuta dall'Associato.

Art. 25 – Adesione a più classi di prestazioni

All'Associato che abbia sottoscritto più Coperture Sanitarie, che possano prevedere più rimborsi e/o indennizzi per il medesimo evento, viene riconosciuta un solo rimborso e/o indennizzo, il più economicamente favorevole per l'Associato medesimo. Tale principio vale anche all'interno della stessa Copertura Sanitaria che preveda più rimborsi e/o l'indennizzi per lo stesso evento: varrà sempre il principio del riconoscimento del rimborso e/o dell'indennizzo, il più economicamente favorevole per il Socio.

Art. 26 – Operatività della Mutualità

Le prestazioni fornite dalla CASSA sono operanti nei termini previsti dal singolo Regolamento della Copertura Sanitaria prescelta dall'Associato. Pertanto la decorrenza delle Coperture Sanitarie, l'oggetto dei servizi e delle prestazioni, i massimali, i rimborsi, le quote di spesa a carico dell'Associato, degli Iscritti e degli Aventi Diritto, i casi di non operatività delle prestazioni e la disciplina dei rimborsi relativi a malattie preesistenti all'iscrizione, sono disciplinati dalla Copertura Sanitaria prescelta.