

REGOLAMENTO CASSA DE LELLIS

ART. 1 - PREMESSA

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

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

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

Per le modalità di ingresso e di recesso e le relative comunicazioni concernenti i beneficiari si applicano le disposizioni di cui agli articoli successivi, fatte salve le eventuali diverse previsioni dei contratti assicurativi sottoscritti dalla Cassa.

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

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

entro e non oltre 30 giorni dall'avvenuta variazione. L'Ente che intenda aderire alla Cassa, nel presentare domanda come da modulistica all'uopo predisposta, dovrà congiuntamente presentare almeno una domanda di adesione da parte dei beneficiari designati dall'Associato. La data di effettiva decorrenza dell'adesione viene individuata nel primo giorno del mese successivo all'accettazione della relativa domanda.

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

Le coperture assicurative per tutti i beneficiari che abbiano formulato domanda contestualmente alla domanda di ammissione presentata dall'Associato decorreranno dal primo giorno del mese successivo all'accettazione della domanda di adesione dell'Associato e previo versamento del contributo previsto per l'attivazione delle coperture assicurative. Entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello di decorrenza dell'adesione dell'Associato, lo stesso potrà designare ulteriori beneficiari che, a loro volta, dovranno compilare il modulo di adesione all'uopo previsto. Tutti i beneficiari che avranno presentato domanda di adesione entro detto termine vedranno decorrere le coperture assicurative dalle ore 24 del medesimo giorno della domanda di adesione. Successivamente al decorso dell'ultimo giorno del mese di decorrenza dell'adesione gli Associati potranno presentare domanda di adesione di ulteriori beneficiari (sempre con contestuale domanda degli stessi) ma, in questo caso, le coperture assicurative decorreranno con l'applicazione delle carenze previste in polizza. Nel caso in cui la domanda dei familiari dei beneficiari pervenga entro i 30 giorni successivi alla decorrenza dell'adesione da parte dell'Associato le coperture decorreranno, ferma la regolarità amministrativa, dalla data di presentazione della domanda, decorso tale termine troveranno applicazione le carenze come previsto in polizza.

Le coperture assicurative per i beneficiari di cui all'art. 7 lettera d) dello Statuto decorreranno dal primo giorno del mese successivo a quello dell'avvenuto versamento del contributo.

ART. 5 DOMANDE DI ADESIONE DEI BENEFICIARI-(*art. 7 dello Statuto)

La domanda di adesione da parte di ogni tipo di beneficiario comporta l'impegno dello stesso ad osservare le norme del presente Regolamento e dello Statuto.

Gli Associati possono indicare come beneficiari anche i pensionati purché da loro direttamente collocati in quiescenza provvedendo al versamento dei relativi contributi.

Le domande dei beneficiari sono presentate a mezzo di appositi moduli/format anche per il tramite degli Associati che le raccolgono e le trasmettono alla Cassa. La Cassa, in collaborazione con l'Associato, verificherà o farà verificare la sussistenza dei requisiti richiesti in capo al beneficiario per ottenere la copertura sanitaria. La domanda di adesione formulata dal singolo beneficiario viene collegata a quella formulata dall'Associato e subordinata alla sussistenza dei legami previsti dallo Statuto con l'Associato stesso.

Il beneficiario diverso dal dipendente e dal pensionato direttamente posto in quiescenza dall'Associato e che ha presentato domanda di adesione alla Cassa in virtù del legame con un Associato:

- dovrà impegnarsi a provvedere al versamento di quanto necessario per l'attivazione delle coperture assicurative;
 - dovrà eseguire il versamento alla Cassa o direttamente all'intermediario assicurativo delegato all'incasso;
- dovrà versare il contributo dovuto per i propri familiari come comunicati alla Cassa e potrà, in sede di rinnovo annuale, comunicare eventuali variazioni dei familiari con un preavviso di 30 giorni.

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

E' cura della Cassa, eventualmente per il tramite dell'intermediario assicurativo, inviare idonei avvisi alle scadenze e sollecitare i versamenti sia ai beneficiari diversi dai dipendenti e dai pensionati direttamente posti in quiescenza dagli Associati sia agli Associati per quanto riguarda: 1) le quote ordinarie, 2) quelle aggiuntive e 3) i contributi previsti ai fini dell'adesione ai programmi di assistenza sanitaria.

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

ART. 6) DEFINIZIONE DI FAMILIARE

Sono considerati familiari i soggetti che risultano nello stato di famiglia dell'originario beneficiario. L'adesione dei familiari può essere estesa all'intero nucleo familiare come complessivamente risultante dallo stato di famiglia. Nel caso di beneficiari familiari individuabili nei figli degli iscritti alle associazioni di categoria di cui all'art. 7 lettera e) dello Statuto, l'adesione può avvenire nell'interesse del singolo figlio o dell'intero nucleo familiare dello stesso.

L'adesione può avvenire anche se il figlio non fa parte dello stato di famiglia dell'iscritto all'associazione di categoria e così pure nel caso in cui non sia posto fiscalmente a suo carico. Non è consentita l'adesione di beneficiari che possano godere delle prestazioni sanitarie offerte dal Fondo Besusso – FASDAC, a meno che ne vengano richieste forme integrative. Nel caso in cui il beneficiario intendesse escludere il nucleo familiare indicato in precedenza, deve darne comunicazione per iscritto entro 30 giorni dalla ricorrenza annuale.

In tal caso il nucleo familiare non potrà più essere ammesso ad usufruire delle prestazioni assistenziali sanitarie. La variazione del nucleo familiare dovrà essere comunicata entro e non oltre 30 giorni dalla variazione stessa e documentata inviando lo stato di famiglia aggiornato. In questo caso la decorrenza delle prestazioni avverrà dal giorno successivo alla presentazione della dichiarazione alla Cassa. Per i dipendenti ed i pensionati direttamente posti in quiescenza dalle aziende associate e loro familiari il premio di variazione sarà regolato a fine annualità.

Per i beneficiari diversi dai precedenti e relativi familiari il premio sarà da regolare all'atto della variazione stessa. Trascorso il predetto termine di 30 giorni, si applicheranno le carenze previste in polizza.

Art. 7 RECESSO E PERDITA DELLA QUALIFICA DI BENEFICIARIO (*art. 7 dello Statuto)

Il recesso, sia di un Associato che di un beneficiario, deve essere inviato per iscritto con un preavviso di 30 giorni ed avrà effetto:

- 1) per l'Associato e per il beneficiario pensionato posto direttamente in quiescenza dall'Associato, a partire dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui è stato comunicato alla Cassa; ferma la disposizione dell'art. 7, 3° comma dello Statuto per gli Associati Ordinari;
- 2) per il beneficiario dipendente, dal 1° gennaio successivo a quello in cui è stato comunicato alla Cassa;
- 3) il beneficiario dipendente perde la qualifica di beneficiario contestualmente alla cessazione del rapporto lavorativo, salva la possibilità di prosecuzione volontaria per il pensionato posto direttamente in quiescenza dall'Associato;

4) per il beneficiario diverso da un dipendente e da un pensionato posto direttamente in quiescenza dall'Associato, dalla scadenza della ricorrenza annuale del contratto assicurativo. Non è prevista la preventiva comunicazione di recesso da parte dei beneficiari di cui all'art. 7 lettera d) dello Statuto.

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

Anche la comunicazione scritta alla Cassa da parte di un Associato dell'eventuale esclusione di un beneficiario dovrà avvenire con un preavviso di 30 giorni. Detto preavviso non trova applicazione per il caso di cessazione del rapporto di lavoro avvenuta durante il periodo di preavviso.

Le comunicazioni alla Cassa degli Associati e dei beneficiari dovranno essere effettuate agli indirizzi che verranno comunicati dalla Cassa stessa; le comunicazioni relative ai beneficiari dipendenti o pensionati direttamente posti in quiescenza dall'Associato dovranno essere trasmesse per il tramite del relativo Associato.

In assenza di recesso nei termini sopra indicati: l'Associato sarà tenuto a versare il contributo annuale sulla base dell'elenco dei beneficiari in possesso della Cassa alla luce delle inclusioni ed esclusioni comunicate in corso d'anno.

➤ il beneficiario diverso da un dipendente e da un pensionato posto direttamente in quiescenza dall'Associato sarà tenuto a versare il contributo annuale relativo alla sua posizione personale e a quella degli eventuali familiari dallo stesso in precedenza indicati.

I dipendenti/pensionati beneficiari dell'assistenza sanitaria integrativa, ove decidessero di non confermare la propria adesione annuale alla Cassa, perderanno, da tale momento, il diritto all'erogazione delle prestazioni ed inoltre non potranno più essere inseriti fra i beneficiari delle prestazioni per il tramite del medesimo Associato. Tuttavia, qualora tali soggetti, a seguito di nuova assunzione, dovessero diventare dipendenti di altro associato alla Cassa, oppure iscritti da un diverso associato, potranno nuovamente usufruire delle prestazioni della Cassa, fermo restando il rispetto delle modalità di adesione sopra indicate.

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

La quota aggiuntiva eventualmente richiesta agli Associati ordinari dovrà consentire di poter ripianare i disavanzi annuali di gestione senza intaccare eventuali riserve accantonate negli esercizi precedenti. L'importo necessario per procedere all'eventuale ripianamento sarà suddiviso in parti uguali fra tutti gli Associati Ordinari a prescindere dal numero di beneficiari dagli stessi designati.

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

Alla Cassa confluiscono:

- la quota annuale ordinaria o aggiuntiva a carico degli Associati;
- il contributo annuale al fine di poter usufruire delle prestazioni assistenziali-sanitarie nella misura e secondo le modalità stabilite dai contratti collettivi, dagli eventuali regolamenti aziendali o dalle forme di welfare integrativo, ovvero da qualunque atto con funzione di fonte istitutiva o il contributo nella misura e secondo le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione in caso di polizze liberamente pattuite, a favore dei dipendenti in servizio

o dei dipendenti posti direttamente in quiescenza dall'Associato, ed eventualmente dei loro familiari.

- Il contributo/premio annuale versato dai beneficiari diversi dai dipendenti e dai pensionati direttamente posti in quiescenza dall'Associato.

L'ammontare del contributo per le prestazioni assistenziali sanitarie sarà calcolato annualmente dal Consiglio di Amministrazione in base ai costi delle relative coperture previste. I contributi dovranno pervenire alla Cassa o all'intermediario assicurativo delegato all'incasso per mezzo di disposizioni bancarie. Il mancato pagamento della quota associativa annuale e dei contributi per l'erogazione delle prestazioni assistenziali sanitarie comporterà la non attivazione delle stesse secondo le modalità previste nelle condizioni di assicurazione e legittimerà, in ogni caso, la Cassa a procedere al recupero coattivo del credito derivante dalle omissioni contributive.

ART. 10 – ESCLUSIONE (* art.11 dello Statuto)

L'esclusione è deliberata dal Consiglio di Amministrazione nei confronti dell'Associato che si sia reso insolvente verso la Cassa o per grave inosservanza delle disposizioni dello Statuto, del Regolamento e delle deliberazioni degli Organi della Cassa, ovvero che non si trovi più nelle condizioni di partecipare al raggiungimento degli scopi associativi. La delibera relativa all'esclusione deve essere notificata dal Presidente all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, oppure a mezzo pec, entro i 15 giorni successivi alla deliberazione. Fermo restando il versamento della quota associativa annuale e dei contributi, le prestazioni assistenziali sanitarie sono dovute fino al termine dell'annualità in cui è stata notificata l'esclusione all'Associato.

ART. 11 – PRIVACY E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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