

REGOLAMENTO ULISSE – SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

VERSIONE A DECORRERE DA 01/11/2025

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 ordinari. Per i minori di età i rapporti con la Mutua saranno tenuti da chi esercita la patria potestà o la tutela.

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 dei 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. 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 Sanitari 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 dei contributi associativi come deliberati dal Consiglio di Amministrazione, e di attenersi alle deliberazioni adottate dagli organi statutari;
- L'elenco degli eventuali familiari, componenti il proprio nucleo familiare come definiti al precedente art.2, da iscrivere in qualità di soci.
- Indicare i Programmi Sanitari obbligatori prescelti, e quelli facoltativi.
- 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 – Validità delle domande di adesione

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 del contributo associativo, come disciplinato dal successivo articolo 17 e successivi.

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;
- prive di tutte le firme previste nel Modulo di adesione e, in particolare, prive della firma di accettazione degli articoli dello statuto e del presente regolamento prevista nel Modulo di adesione in calce all'estratto del regolamento.

Art. 5 – Durata del rapporto associativo. Iscrizione; Iscrizione nel Libro dei soci; decorrenza dell'assistenza.

5.1 – Iscrizione alla mutua e durata del rapporto associativo.

L'iscrizione alla Mutua Ulisse fa sempre riferimento all'anno solare (1° gennaio – 31 dicembre) con possibilità di ingresso o per l'intera annualità, oppure per la semestralità luglio – dicembre (come definito al successivo art. 14).

L'iscrizione a Mutua Ulisse determina un rapporto associativo con durata minima obbligatoria biennale; per l'iscrizione alla semestralità luglio – dicembre il rapporto associativo avrà durata minima biennale, oltre la frazione di anno.

Il relativo contributo associativo, da versare annualmente, deve essere versato obbligatoriamente per gli anni di durata del rapporto associativo di competenza del socio, fatto salvo quanto diversamente pattuito in singoli Regolamenti Aggiuntivi, Convenzioni, Sussidi Sanitari o delibere del CdA.

5.2 – Decorrenza e scadenza del rapporto associativo - iscrizione nel libro Soci.

Sempreché la domanda di iscrizione non sia stata rigettata dal Consiglio di Amministrazione, il rapporto associativo con la Mutua avrà decorrenza dalla data di ricezione del primo contributo associativo. Alla data di iscrizione 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.

Successivamente, l'iscrizione di ciascun socio anche facente parte di uno stesso nucleo familiare, si intende rinnovata tacitamente di due anni in due anni, salvo recesso (disdetta) inviato a mezzo lettera raccomandata o pec almeno 60 giorni prima della scadenza del proprio periodo del rapporto associativo; pertanto, si dovrà esprimere il recesso anche per un singolo componente che volesse non rinnovare l'adesione alla Mutua Ulisse, diversamente dal restante nucleo familiare che intenda invece rimanere iscritto.

5.3 – Decorrenza dell'Assistenza offerta tramite i Piani Sanitari

I Piani sanitari della Mutua, come l'iscrizione, fanno riferimento **all'anno solare (1° gennaio – 31 dicembre)** e seguono la durata del rapporto associativo con **durata obbligatoria di due anni, oltre la frazione di anno in caso di primo ingresso nella semestralità luglio - dicembre**

5.3.a - Per la sola PRIMA ISCRIZIONE, l'erogazione delle prestazioni previste nei piani di assistenza di Mutua Ulisse, si attiva come segue:

5.3.a1 - Iscrizione per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre:

- se il versamento del contributo dovuto è effettuato **prima del 1° gennaio** dell'anno di cui si richiede l'iscrizione a Mutua Ulisse, l'erogazione delle prestazioni avrà inizio dopo 60 giorni a far data dal 1° gennaio (e pertanto avranno efficacia dal 1° marzo successivo).
- se il versamento del contributo dovuto è effettuato dal 1° gennaio in poi, l'erogazione delle prestazioni ha inizio dopo 60 giorni dalla data del versamento.

5.3.a2 - Iscrizione per il periodo 1° luglio – 31 dicembre:

- se il versamento del contributo dovuto è effettuato **prima del 1° luglio** dell'anno di cui si richiede l'iscrizione a Mutua Ulisse, l'erogazione delle prestazioni ha inizio dopo 60 giorni a far data dal 1° luglio (e pertanto avranno efficacia dal 1° settembre successivo).
- se il versamento del contributo dovuto è effettuato dopo il 1° luglio dell'anno di cui si richiede l'iscrizione a Mutua Ulisse, l'erogazione delle prestazioni ha inizio dopo 60 giorni dalla data del versamento.

Successivamente, le assistenze previste nei piani sanitari, si intenderanno rinnovate tacitamente di due anni in due anni, salvo recesso (disdetta) inviato a mezzo lettera raccomandata o pec almeno 60 giorni prima della scadenza del proprio rapporto associativo biennale relativa a ciascun socio (si veda art.5.2).

Il periodo di carenza di 60 giorni non trova applicazione nel caso in cui il nuovo socio **fornisca idonea documentazione attestante la provenienza da una precedente copertura sanitaria simile nelle garanzie**, la cui scadenza non risulti anteriore di oltre 60 giorni rispetto:

- al 1° gennaio o al 1° luglio dell'anno di iscrizione alla mutua,
- ovvero alla data del versamento della quota di adesione, se successiva alle suddette date.

5.3.b - Pe le annualità successive a quella di prima iscrizione, sempreché sia stato versato il contributo associativo per il nuovo anno, l'assistenza avrà decorrenza dal 1° gennaio di ogni anno e seguirà la naturale durata del proprio rapporto associativo (come indicato all'art. 5.1)

5.4 – Applicazione della biennialità ai soci risultanti già iscritti alla data del 31/12/2022.

Per i soci già iscritti alla data del 31.12.2022, non si applicano le norme degli art. 5.1, 5.2, 5.3, 5.3.a e 5.3.b; pertanto, l'iscrizione alla Mutua e all'assistenza sanitaria continueranno ad avere durata annuale.

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

Per tutte le tipologie di soci, l'adesione alla Mutua e ai Piani Sanitari richiesti si intende sempre tacitamente rinnovata in mancanza di disdetta (recesso) da far pervenire a Mutua Ulisse in forma scritta mediante raccomandata A/R o Pec, 60 giorni prima della scadenza del proprio rapporto associativo di iscrizione o di rinnovo successivo all'adesione alla Mutua e ai piani sanitari.

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.

N.B. È previsto il tacito rinnovo dell'iscrizione alla mutua, per tutti i soci che compongono uno stesso nucleo familiare (come definito all'art.2) che usufruiscono delle assistenze sanitarie salvo recesso pervenuto nei tempi e modi prestabiliti e salvo quanto previsto nell'art. 16.

Art. 6 – Conoscenza dello Statuto, del Regolamento applicativo e dei Piani sanitari.

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 di qualunque genere, verranno annualmente deliberati dal Consiglio di Amministrazione di Ulisse sms, in ragione del corretto perseguimento degli scopi sociali e della tutela dei più ampi interessi di tutti gli Associati e portati alla conoscenza sia dei nuovi aderenti che dei Soci già iscritti, mediante invio di e-mail e con pubblicazione sul sito internet di Ulisse (www.mutuaulisse.it).

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 delle Assistenze Sanitarie.

10.1 – Determinazione dei Piani Sanitari Assistenziali.

Il Consiglio di Amministrazione determina annualmente, e se possibile per un periodo biennale, 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 anche integrativa del servizio nazionale, Mutua Ulisse mette a disposizione dei **Soci aventi diritto**, diversi Programmi Sanitari. Due Piani sanitari principali: Il Piano sanitario obbligatorio all'atto dell'iscrizione alla Mutua, **denominato Tutela Salute Base**; Il Piano sanitario complementare del Piano Base, **denominato Tutela Salute Più** (per un'assistenza sanitaria più completa); altri programmi facoltativi.

Il Piano sanitario Tutela Salute Base prevede la copertura per i Grandi interventi chirurgici e i Gravi eventi morbosi, e una serie di prestazioni di prevenzione e di accertamenti;

Il Piano sanitario Tutela Salute Più estende l'assistenza a qualunque ricovero con o senza interventi chirurgici, oltre ad assistenza per la LTC e altro.

Si rimanda alle Guide e 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.

Al momento dell'adesione, i soci dovranno scegliere:

- a) soltanto il Programma obbligatorio **Tutela Salute Base**, **che sarà obbligatorio anche per tutti i soci del nucleo familiare inseriti nella richiesta di adesione;**

Oppure:

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

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, come previsto all'art. 4. Il relativo Contributo Associativo deve essere versato per ognuno dei componenti il nucleo stesso, calcolato in base alle tabelle dei contributi associativi annuali, stabiliti annualmente dal Consiglio di Amministrazione per i diversi piani sanitari, e messi a disposizione dei Soci sul sito internet della Mutua, o eventualmente comunicate ai Soci a mezzo e-mail.

Art. 11 – Limiti di età

Per l'iscrizione alla Mutua e all'assistenza sanitaria (anche integrativa del sistema sanitario nazionale), come regolata all'art. 10.2, non è previsto alcun limite di età.

Per altre assistenze e sussidi facoltativi (per es: coperture infortuni), potranno essere stabiliti limiti di età sia per l'ingresso che per l'uscita dal piano di assistenza facoltativo.

Art. 12 – Contributi Associativi

I contributi associativi sono determinati in funzione della fascia d'età di appartenenza dei Soci e dei Piani Sanitari prescelti.

In caso di adesione con nucleo familiare, il contributo complessivo dovuto è calcolato come somma dei contributi previsti per ciascun componente.

Sebbene la durata del rapporto associativo e dei Piani Sanitari sia biennale, l'entità dei contributi relativi sia ai Piani Sanitari Principali sia a quelli ulteriori e facoltativi, messi a disposizione degli Associati da Mutua Ulisse, potrà essere modificata annualmente — anche con eventuali aumenti — previa delibera del Consiglio di Amministrazione, in funzione del corretto perseguimento degli scopi mutualistici e della tutela degli interessi collettivi degli Associati, come da precedente Art.8.

L'Associato potrà esercitare il diritto di recesso esclusivamente alla scadenza del periodo di iscrizione, biennale o annuale (come previsto agli artt. 5.2 e 5.4), mediante invio di una raccomandata A/R o di una PEC entro 60 giorni dalla scadenza dell'annualità in corso, e comunque entro il 30 ottobre dell'anno in corso.

Mutua Ulisse informerà gli Associati di eventuali variazioni dei contributi mediante comunicazione effettuata secondo le modalità previste dal precedente art. 6.

In caso di comunicazione tardiva da parte di Mutua Ulisse riguardante eventuali aumenti dei contributi, l'Associato potrà esercitare il diritto di recesso, se maturato, entro il 20 dicembre dell'anno in corso.

TITOLO IV – MISCELLANEA

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

13.1 – Variazione formula di assistenza

Per poter cambiare tipo di assistenza è necessario attendere la scadenza naturale del proprio rapporto associativo in corso (biennale o annuale), e potrà essere richiesto all'inizio dell'anno solare successivo.

Gli associati con rapporto associativo biennale possono però passare ad un tipo di assistenza **più ampia** (tipicamente da Tutela Base a Tutela Salute Più), anche prima della scadenza del rapporto in corso.

Ribadiamo che il nuovo piano principale scelto (Tutela Base o Tutela Base con Tutela Più), dovrà essere sempre lo stesso per tutti i componenti del nucleo familiare inseriti in garanzia.

Il passaggio ad altra forma di assistenza sanitaria comporterà l'applicazione della eventuale carenza assistenziale, dove prevista, e come dettagliata nei relativi Nomenclatori allegati al presente Regolamento.

Per tutti i soci, il passaggio ad una forma di assistenza più ampia, comporta l'impegno a mantenere la nuova forma di assistenza almeno per due anni.

13.2 – Variazione del nucleo familiare precedentemente iscritto

Sarà possibile modificare la composizione del numero familiare precedentemente dichiarato, senza necessità di disdetta (recesso) come previsto dall'art.5.5, soltanto a seguito di sopraggiunte variazioni dello Stato di Famiglia, che dovrà dunque certificato, come descritto all'art. 2 del presente Regolamento.

La modifica di cui ai punti 13.1 e 13.2, comporterà obbligatoriamente una nuova compilazione del modulo di adesione, che dovrà essere inviato alla società, firmato in ogni sua parte.

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

14.1 – Prestazioni assistenziali sanitarie di cui all'art 10.2

Art. 14.1.a - Per le adesioni ai Piani assistenziali sanitari, sono previsti due momenti di ingresso:

1. il primo momento di ingresso fa riferimento al periodo 1° gennaio dell'anno di adesione (es. 1.1.2025), con scadenza alle ore 24,00 del 31 dicembre del secondo anno successivo (es. 31.12.2026 oltre ad eventuale frazione di anno se si aderisce dopo il primo maggio);
2. il secondo momento di ingresso fa riferimento al periodo 1° luglio dell'anno di adesione (es. 1.7.2025), con scadenza alle ore 24,00 del 31 dicembre del secondo anno successivo (es. 31.12.2026 oltre ad eventuale frazione di anno se si aderisce per la semestralità)

Tuttavia, la validità ed efficacia delle prestazioni sanitarie sono regolate dal precedente **Art. 5.3**

L'entità dei contributi associativi assistenziali da versare varia in funzione dell'ingresso in garanzia nel primo o nel secondo momento. Il contributo da versare è così regolato:

- il 100% del contributo di primo anno per coloro che si iscrivono nel primo momento;
- il 60% del contributo di primo anno per coloro che si iscrivono nel secondo momento.

Fermo il versamento annuale del contributo associativo di iscrizione per ogni anno del proprio biennio di adesione.

L'adesione ai singoli Programmi Sanitari si intenderà tacitamente rinnovata di due anni in due anni ove non intervenga disdetta (detto anche recesso) inviata per lettera raccomandata o per Pec da parte del Socio, alla scadenza del proprio biennio di adesione, così come determinato dai successivi Art. 19 e 20, **fatto salvo quanto indicato nel precedente art. 5.4.**

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

Art. 14.1.b - Adesioni a piani assistenziali diversi dai Piani Sanitari

La decorrenza e la scadenza dei piani di assistenza diversi dai Piani Sanitari, potranno essere diverse dall'1/1 Gennaio di ogni anno, in base alla tipologia del piano assistenziale che l'aderente avrà scelto.

Art. 14.2 - Decorrenza delle prestazioni Sanitarie

Qualunque sia il periodo di ingresso in Mutua (primo o secondo momento), come descritto all'art. 14, la decorrenza delle Prestazioni Sanitarie prescelte all'atto dell'Adesione dai Soci, sarà sempre regolamentata come al precedente art. 5.3., **salvo particolari termini di carenza eventualmente previsti nelle singole garanzie dei Piani Sanitari.**

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 5.2 e regolato dal successivo art.17.1), l'assistenza sanitaria si intenderà efficace in continuità, cioè senza interruzione della continuità delle prestazioni con la precedente copertura sanitaria.

Per "senza interruzione di continuità", si intende se la copertura sanitaria preesistente sia non sia scaduta da oltre 60 giorni rispetto alla data di primo ingresso in Mutua Ulisse.

In ogni caso, l'esclusione delle patologie pregresse (ove prevista) sarà operante se la patologia non risulti in garanzia nella precedente copertura, oppure risultasse 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.

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 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 dello stato di famiglia, per un componente del nucleo familiare presente in garanzia. Nel caso di uscita dallo stato di famiglia da parte di un componente il nucleo familiare precedentemente iscritto, lo stesso manterrà il diritto alla prestazione sanitaria all'interno del nucleo fino alla prima scadenza annua dei Programmi Sanitari. L'anno successivo, l'iscrizione alla Mutua ed ai Piani Sanitari (salvo richiesta di recesso) sarà mantenuta per sé stesso, come nuovo nucleo familiare, e comunque in continuità assistenziale con i precedenti anni di iscrizione ininterrotti.**

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”

e.1- Decesso del “Richiedente” con almeno un socio superstite maggiorenne:

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, **sempreché non siano state pagate assistenze durante l’annualità in corso.**

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 **manterranno** l’iscrizione a Mutua Ulisse e alle garanzie assistenziali, purché tra i soci familiari “superstiti” figuri un familiare maggiorenne che acquisisca il requisito di “Capo nucleo.” 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.

e.2) Decesso del “Richiedente” con solo superstiti minorenni:

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 **manterranno** l’iscrizione a Mutua Ulisse e alle garanzie assistenziali, purché i rapporti con la Mutua siano mantenuti da chi esercita la patria potestà o la tutela.

f) Decesso di un familiare del 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 – Modalità e tempi per il pagamento dei contributi annuali di iscrizione e sanitari.

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 a Mutua Ulisse, con i documenti contabili. Tanto anche ai fini della certificazione fiscale annuale da inviare ai soci e alla comunicazione annuale all’Agenzia delle entrate, come da normativa in corso.**

Art. 17.1 - Modalità di pagamento.

Il pagamento dei contributi associativi e sanitari deve essere effettuato 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 Banca Intesa - Roma, avente IBAN: IT80Z030690960610000183255

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.

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

17.2 – Servizio di Rateizzazione del contributo annuale.

È data facoltà ai Soci di poter rateizzare l’importo del contributo complessivo annuale in due versamenti semestrali, secondo la seguente modalità:

a) La prima rata della semestralità, pari alla metà del contributo annuale, deve essere versata con bonifico bancario come indicato all’art. 17.1) entro i termini per la validità dell’iscrizione o del rinnovo annuale o biennale.

b) Per la seconda rata del contributo annuale, il Socio dovrà firmare e inviare alla società il Modello bancario SDD, con il quale si autorizza Mutua Ulisse a prelevare l’importo della seconda semestralità direttamente dal conto corrente bancario del socio, per la data fissa del 15 giugno dell’anno di competenza.

- c) Per l'utilizzo del servizio di rateizzazione dei contributi annuali, potrà essere richiesta una somma aggiuntiva che sarà stabilita dal consiglio di Amministrazione e che sarà indicata nel sito di Mutua Ulisse, comunicata con e-mail ai Soci, e indicata sul Modulo di adesione che Mutua Ulisse predispone ogni anno.
- d) Il servizio della rateizzazione del contributo complessivo di adesione alla Mutua non può essere usato per le nuove adesioni richieste per il secondo periodo di ingresso semestrale che inizia dal 1° luglio.

17.3 - Pagamento delle annualità successive rispetto alla prima iscrizione.

Per le annualità successive alla prima iscrizione, al fine di mantenere la continuità assistenziale con la precedente annualità, il pagamento dei contributi associativi dovrà essere effettuato entro trenta giorni dalla scadenza dell'annualità precedente, 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, e farà sempre fede la data di valuta di accredito al beneficiario Mutua Ulisse comunicata dalla nostra banca.

Dopo l'ultima data di eventuale deroga concessa e comunicata ai Soci, per il versamento della nuova annualità, e sino al 30.06 dell'anno di rinnovo, sarà possibile mantenere la propria iscrizione alla Mutua e l'adesione ai piani assistenziali, versando l'intero proprio contributo assistenziale annuale, con decorrenza delle prestazioni dopo sessanta giorni dalla data del pagamento **e senza il mantenimento della continuità assistenziale con l'anno precedente.**

Mutua Ulisse 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.

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 o PEC 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 all'intero contributo, 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 del proprio biennio di iscrizione o di rinnovo, per come stabilito dai precedenti punti 5.1 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, **salvo quanto indicato nel precedente art. 5.4.**

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 del biennio di iscrizione o di successivo rinnovo, **salvo quanto stabilito dal precedente art. 5.4.**

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 deglistessi.

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. 17.3), 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. Il socio decaduto potrà rientrare a far parte della Società, soltanto come nuovo socio a partire dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello della sua decadenza, osservando tutte le disposizioni dello Statuto e del Regolamento, riguardanti le nuove ammissioni. Eventuale deroga della data di nuova iscrizione, diversa dall'1/01/ dell'anno successivo, potrà essere decisa dal Consiglio di amministrazione e comunicata al socio decaduto che ne abbia fatto richiesta. **In ogni caso la sua anzianità associativa riparte dal giorno della nuova iscrizione e riammissione e non sarà in alcun modo riconosciuta l'anzianità assistenziale sanitaria pregressa**

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 sanitari 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 Mutuo 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 Mutuo 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 nelle Guide alle Prestazioni e 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) 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 di cui ne fanno parte integrante.

In allegato i Nomenclatori e le Guide relative ai Piani sanitari:

Tutela Salute Base; Tutela Salute Più; Extention e Dental. Guide alle prestazioni.