

REGOLAMENTO APPLICATIVO DELLO STATUTO

Art. 1 - Oggetto del regolamento

Il presente regolamento disciplina il funzionamento di Cooperazione Salute, Società di Mutuo Soccorso, che ha per scopo la solidarietà sociale e sanitaria ed opera, senza alcun scopo di lucro, a favore dei propri soci e loro familiari, intendendo far partecipare gli stessi ai benefici della mutualità con specifica, ancorché non esclusiva, attenzione al settore sanitario e socio assistenziale.

Art. 2 - Soci

Possono diventare soci di Cooperazione Salute tutti i soggetti indicati all'art. 5 dello Statuto di Cooperazione Salute.

Art. 3 - Adesione

Per l'ammissione a Cooperazione Salute, l'aspirante socio dovrà:

- Compilare e sottoscrivere la domanda di ammissione redatta su apposito modulo messo a disposizione da Cooperazione Salute con relativo impegno a versare anticipatamente il contributo associativo e l'eventuale quota di iscrizione una tantum nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione;
- Provvedere al versamento anticipato del contributo associativo e dell'eventuale quota di iscrizione una tantum nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione;
- Nel caso in cui, per alcune categorie di Soci, non sia prevista la compilazione di una apposita domanda di ammissione da parte dell'aspirante socio, quest'ultimo potrà presentare richiesta libera di ammissione, in forma scritta, indirizzata alla sede legale della Mutua

L'ammissione del nuovo Socio alla Mutua rimane in ogni caso subordinata alla preventiva accettazione di Cooperazione Salute, mediante delibera del Consiglio di Amministrazione o, qualora previsto, mediante delibera del Comitato Esecutivo.

L'adesione presuppone e comporta la conoscenza e l'accettazione, da parte del socio, delle norme dello Statuto, del presente Regolamento, delle Norme di Attuazione di ciascuna copertura attivata, nonché di tutte le delibere regolarmente assunte dagli organi statutari e delle comunicazioni dirette ai Soci, che verranno adeguatamente pubblicizzate. Copia di Statuto, Regolamento e Norme di attuazione della copertura attivata verranno consegnate, dietro richiesta presso la sede sociale, a tutti gli aderenti all'atto dell'adesione.

Il Consiglio di Amministrazione, una volta verificato l'avvenuto versamento del contributo associativo e dell'eventuale quota di iscrizione una tantum e dunque accettata la domanda di ammissione, provvederà ad iscrivere il nominativo del nuovo Socio, all'interno del relativo Libro dei Soci, in base alle corrispondente tipologia indicata all'art. 5 dello Statuto di Cooperazione Salute, dandone conferma scritta all'interessato. Se il Consiglio di Amministrazione non dovesse accettare, per qualsiasi motivo, la domanda di ammissione, comunicherà all'aspirante Socio, entro 30 giorni dalla relativa delibera del Consiglio di Amministrazione, le motivazioni della mancata accettazione, a mezzo e-mail, fax o lettera raccomandata. L'aspirante Socio potrà comunque riproporre una nuova domanda di ammissione solo dopo aver rimosso i motivi che hanno determinato la mancata

accettazione. L'Iscrizione a Socio decorre dalle ore 24 della delibera di accettazione della domanda di ammissione.

Art.4 - Decorrenza e durata della iscrizione a libro soci

Tutte le domande di ammissione che perverranno a Cooperazione Salute, saranno valutate dal Consiglio di Amministrazione. La data di iscrizione decorre dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale è stato pagato il primo contributo associativo anticipato. Da tale data si presume di diritto la conoscenza da parte del nuovo socio delle norme dello statuto, del regolamento e delle norme di attuazione di ciascuna copertura attivata. Cooperazione Salute valuterà solo ed esclusivamente quelle domande di adesione pervenute a Cooperazione Salute secondo le modalità indicate all'art. 3, che siano complete di tutti i dati richiesti e per le quali risulti sia andato a buon fine il pagamento delle quote associative (ove previste) e dei contributi annui.

I contributi e la quota associativa hanno valore annuale (fatto salvo quanto diversamente pattuito nelle specifiche Norme di attuazione delle coperture sanitarie attivate, Convenzioni, Sussidi Sanitari o delibere del Consiglio di Amministrazione).

L'adesione del Socio alla Mutua si intende sempre tacitamente rinnovata di anno in anno, in mancanza di disdetta da far pervenire a Cooperazione Salute in forma scritta mediante raccomandata A/R almeno 90 giorni prima della relativa scadenza, come disciplinato dal successivo Art. 5. Eventuali eccezioni al tacito rinnovo potranno essere disciplinate da Cooperazione Salute nelle Norme di Attuazione, Convenzioni o con apposite delibere del Consiglio di Amministrazione.

Art. 5 - Cessazione dell'adesione

L'adesione a Cooperazione Salute viene meno nei seguenti casi:

- Recesso da parte del socio, da comunicare, in forma scritta mediante raccomandata A/R o posta elettronica certificata, tre mesi prima della data di cessazione dell'adesione;
- Esclusione, deliberata su valutazione insindacabile dal consiglio di amministrazione, a seguito di gravi inadempimenti alle norme di statuto, del presente regolamento, delle norme di attuazione della copertura attivata e delle direttive assunte, tempo per tempo, dal consiglio di amministrazione stesso.

L'esclusione va comunicata all'interessato per iscritto.

Qualora il Socio non abbia versato anticipatamente per intero i contributi annui (in caso di pagamento frazionato), lo stesso è comunque tenuto a saldare la parte di contributi annui mancanti.

In ogni caso il Socio receduto non ha diritto alla restituzione di alcuna quota del fondo sociale, né di alcuna somma precedentemente versata.

Art.6 - Limiti di età

Tutti i Soci ordinari di Cooperazione Salute in regola con il pagamento della Quota Associativa e il Contributo Associativo, potranno usufruire dei servizi e prestazioni previsti dalla copertura sanitaria attivata senza alcun limite di età. Il limite di età per la prima iscrizione è fissato in 70 anni.

Tutti i Soci beneficiari di Cooperazione Salute, per i quali è stato regolarmente pagato il contributo associativo annuo e la eventuale quota associativa annua da parte del rispettivo Socio convenzionato e/o Società, Associazione, Azienda, Sindacato ed Ente di appartenenza, potranno usufruire dei servizi e prestazioni previsti dalla copertura sanitaria

attivata senza alcun limite di età, sempre sino a quando perdurerà il rapporto associativo.

Art.7 - Decorrenza e durata del diritto alle prestazioni sanitarie e ai servizi mutualistici previsti

I Sussidi Sanitari prescelti dal Socio si intenderanno in decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale è stato pagato il primo contributo associativo anticipato (fatto salvo quanto diversamente pattuito nelle specifiche Norme di attuazione delle coperture sanitarie attivate, Convenzioni, Sussidi Sanitari o delibere del Consiglio di Amministrazione).

Dalla data di decorrenza di cui sopra, si presume quindi la piena e consapevole conoscenza delle norme relative alle prestazioni relative al Sussidio Sanitario prescelto, che saranno comunque sempre a disposizione dell'Associato sia sul sito internet della Mutua, sia nella sede stessa della Società di Mutuo Soccorso. I Sussidi Sanitari - ed i relativi contributi - hanno validità annuale.

L'adesione ai singoli Sussidi Sanitari si intenderà tacitamente rinnovata di anno in anno, ove non intervenga disdetta per iscritto da parte del Socio, così come determinato all'art. 5. Eventuali eccezioni al tacito rinnovo verranno regolamentati da Cooperazione Salute nelle Norme di attuazione, nelle Convenzioni o con apposite deliberazioni di Cooperazione Salute.

Art. 8 - Beneficiari della prestazione e obbligo di notifica dati

Sono beneficiari delle prestazioni i soci ordinari e i soci beneficiari. Ai fini della fruizione dei benefici, il socio ordinario dovrà comunicare a Cooperazione Salute i propri dati secondo il modulo di richiesta dati che Cooperazione Salute fornirà (Codice fiscale, data di nascita, ecc.). Parimenti il socio convenzionato e/o la Società, Associazione, Azienda, Sindacato ed Ente di appartenenza del socio beneficiario dovranno comunicare a Cooperazione Salute i dati dei propri dipendenti, collaboratori, amministratori, associati, iscritti e clienti secondo il modulo di richiesta dati che Cooperazione Salute fornirà.

Il Socio ordinario è tenuto a comunicare a Cooperazione Salute eventuali variazioni che riguardano se stesso o il proprio nucleo familiare. Per variazioni si intendono, a titolo esemplificativo e non esaustivo, modifiche dei dati anagrafici o della composizione del nucleo familiare. Tale comunicazione deve avvenire tempestivamente e comunque non oltre il 10 del mese successivo all'avvenuta variazione, pena la sospensione e decadenza dal diritto ai sussidi.

Il Socio convenzionato e la Società, Associazione, Azienda, Sindacato ed Ente di appartenenza del socio beneficiario sono tenuti a comunicare tempestivamente a Cooperazione Salute eventuali variazioni che riguardano i rispettivi soci beneficiari. Per variazioni si intendono, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le nuove assunzioni con diritto alla copertura sanitaria, le cessazioni, il collocamento in aspettativa non retribuita, oltre alle modifiche legate all'anagrafica dei Beneficiari. Tale comunicazione deve avvenire tempestivamente e comunque non oltre il 10 del mese successivo all'avvenuta variazione, pena la sospensione e la decadenza dal diritto ai sussidi.

Le variazioni devono essere comunicate nelle modalità e nei termini prescritti dalle Norme di Attuazione del Piano Sanitario prescelto.

La Società si riserva il diritto di poter richiedere, in ogni circostanza, la notifica dei dati e/o la presentazione dello stato di famiglia anagrafico e di ogni altra documentazione ritenuta utili e/o necessaria per l'attribuzione dei sussidi o dei servizi mutualistici. Nel caso in cui

il socio non ottemperi all'obbligo di notifica dei dati sopra menzionati, la Società si intende esonerata da qualsivoglia responsabilità per mancato recapito al socio inottemperante di ogni comunicazione (ivi compresa l'attestazione di versamento dei contributi associativi) pertinente al rapporto associativo.

Art. 9 - Trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/2003)

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa.

Art. 10 - Gestione delle prestazioni sanitarie

Cooperazione Salute, a titolo esemplificativo e non esaustivo, prevedere principalmente le seguenti tipologie di assistenza: accesso a tariffari e condizioni agevolate presso strutture convenzionate; assistenza in forma indiretta tramite il rimborso delle spese sanitarie, sussidi, indennizzi, ecc; assistenza in forma diretta tramite l'autorizzazione a realizzare prestazioni a condizioni predefinite presso strutture e medici convenzionati. Le tipologie di assistenza variano a seconda della copertura sanitaria attivata e sono specificatamente descritte nelle norme di attuazione di ciascuna copertura.

Nel caso in cui il Piano Sanitario preveda l'accesso ad una rete di strutture convenzionate, operanti in ambito sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale, che applicano ai Soci ordinari e beneficiari tariffe e condizioni agevolate per le prestazioni erogate, Cooperazione Salute fornisce gli strumenti per qualificarsi presso le strutture convenzionate e ottenere le condizioni agevolate ed i risparmi di spesa previsti.

Nel caso in cui il Piano Sanitario preveda la possibilità di richiedere sussidi o rimborsi di spese sostenute in ambito sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale e riferite ad eventi insorti durante il periodo di decorrenza della copertura sanitaria, i Soci ordinari e beneficiari dovranno presentare con apposito modulo corredato dalla documentazione medica e di spesa necessaria a giustificare la richiesta la domanda di sussidio o rimborso entro 60 giorni, e comunque non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo, dall'avvenuta spesa. Eventuali eccezioni a tali tempistiche saranno in ogni caso specificatamente previste dalle norme di attuazione della copertura sanitaria attivata. Cooperazione Salute si impegna a valutare ed eventualmente liquidare il rimborso tendenzialmente entro 60 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

Nel caso in cui il Piano Sanitario preveda la possibilità di attivare l'assistenza diretta presso le strutture e medici convenzionati, i Soci ordinari e beneficiari dovranno presentare con apposito modulo corredato dalla documentazione medica a giustificare la richiesta di autorizzazione almeno 5 giorni prima della data in cui è stata prenotata la prestazione presso strutture e medici convenzionati. Eventuali eccezioni a tali tempistiche saranno in ogni caso specificatamente previste dalle norme di attuazione della copertura sanitaria attivata. Cooperazione Salute si impegna a valutare e autorizzare la spesa entro 5 giorni dalla data di ricezione della richiesta e si assume in tutto o in parte gli oneri economici per le prestazioni erogate dalle strutture ai Soci ordinari e beneficiari, nei limiti previsti dal Piano Sanitario.

Art. 11 - Documentazione richiesta per l'erogazione di prestazioni sanitarie e sua conformità

Cooperazione Salute stabilisce nel rispetto dello Statuto sociale, del Regolamento applicativo e delle specifiche norme di attuazione delle Coperture sanitarie attivate, la documentazione necessaria da produrre a supporto di ciascuna domanda di erogazione delle prestazioni.

Il Socio, con la domanda di ammissione, prende coscienza che la Mutua può richiederogli tutta la documentazione, anche antecedente la domanda di ammissione, che ritiene opportuna a conferma della validità della domanda di erogazione delle prestazioni / servizi richiesti, con particolare riferimento ai sussidi di natura sanitaria. Tale documentazione può essere richiesta anche d'iniziativa da Cooperazione Salute agli enti competenti al relativo rilascio. La mancata o incompleta presentazione della documentazione può comportare l'impossibilità di procedere all'erogazione del sussidio richiesto e comporta la decadenza dal diritto al sussidio, qualora la documentazione medesima non venga fornita entro 60 giorni dalla presentazione della domanda di sussidio.

All'atto della richiesta di erogazione delle prestazioni sanitarie o dei servizi mutualistici, il Socio 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 può essere prodotta alternativamente: in originale, in fotocopia, su supporto informatico (fax, posta elettronica, applicazione, scansione, area web, ecc). In ogni caso, deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.

E' fatta salva in ogni caso la possibilità per Cooperazione Salute di richiedere la presentazione dell'originale. Cooperazione Salute può richiedere che la documentazione in fotocopia venga autenticata dalle sedi della Mutuo Soccorso stessa, presa visione dell'originale, o 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, il Socio decade dal diritto al sussidio al quale tali documenti si riferiscono.

Art. 12 - Gestione eventi sanitari soggetti ad assicurazione

In caso di coperture sanitarie, derivanti dalla stipula di polizze assicurative, le denunce degli eventi sanitari dovranno essere presentate alla Compagnia di Assicurazione, attraverso Cooperazione Salute.

Detta Compagnia provvederà ai rimborsi delle richieste nei termini fissati dalle polizze, che non potranno essere ordinariamente superiori ai 180 giorni dalla data di presentazione delle relative fatture e notule debitamente quietanzate, dandone semestralmente comunicazione, anche cumulativa, a Cooperazione Salute per ciascuna tipologia di prestazione, ferme in ogni caso le diverse cautele per i soci dei soci ordinari convenzionati per come statuite negli appositi accordi tra la Società e socio ordinario convenzionato.

Art. 13 - Esclusione di responsabilità di Cooperazione Salute per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati
Cooperazione Salute 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 Cooperazione Salute 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. 14 - Esclusione del diritto delle 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, sia se inerenti direttamente il Socio, sia se inerenti ai Familiari del Socio di cui al successivo Articolo 18. Ulteriori eventuali cause di esclusione potranno essere previste nelle Norme di attuazione della copertura sanitaria attivata.

Art. 15 - Morte del socio

In caso di morte del Socio, la Mutua, che persegue finalità di interesse generale, provvederà a liquidare i sussidi spettanti per tale evenienza agli eredi legittimi nelle misure e nelle forme previste dal Codice civile, previa richiesta scritta degli stessi.

Alternativamente i sussidi verranno liquidati 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 liquidati i sussidi 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. 16 - Soci residenti all'estero

Per i soci residenti o domiciliati all'estero per motivi di lavoro, il territorio dello Stato nel quale sono residenti o domiciliati è equiparato per analogia alla Repubblica italiana. In questa fattispecie le distanze chilometriche relative ai sussidi sono calcolate dalla residenza o dal domicilio del socio.

Art. 17 - Lavoratori stranieri

Ogni lavoratore cittadino straniero - comunitario ed extracomunitario - socio della Mutua, avrà diritto ai sussidi previsti nella forma di assistenza di appartenenza a condizione che, al momento dell'evento, sia residente nella Repubblica Italiana.

Art. 18 - Familiare del Socio

Sono aventi diritto ai sussidi e ai servizi mutualistici i seguenti componenti del nucleo familiare:

- Il coniuge riconosciuto tale dallo Stato italiano o la persona che vive sotto lo stesso tetto more uxorio con il Socio, purché sia il Socio che la persona convivente siano celibi, nubili o liberi di stato. Di tale stato more uxorio deve essere data tassativamente comunicazione alla Mutua Soccorso con lettera raccomandata, producendo dichiarazione congiunta pro veritate di more uxorio e allegando un certificato di residenza di entrambi. Inoltre, qualora la convivenza more uxorio abbia decorrenza successiva alla sottoscrizione del sussidio in formula nucleo, il diritto ai sussidi e ai servizi del convivente more uxorio decorre 180 giorni dopo la comunicazione di cui sopra. All'uopo fa fede la data del timbro postale della lettera raccomandata;
- I figli, se affidati al Socio con provvedimento dell'autorità giudiziaria e limitatamente al periodo di durata dell'affido, e i minori nel periodo intercorrente dal trentesimo giorno di età fino al compimento del diciottesimo anno;

- I figli dal diciottesimo anno di età fino al compimento del ventiseiesimo anno se studenti a carico, nonché quelli con età superiore se permanentemente inabili al lavoro e non percettori di reddito.

Il rapporto tra la Mutua e gli aventi diritto si estingue a tutti gli effetti con il decesso del Socio, con il suo recesso ovvero con la sua esclusione. Gli aventi diritto del Socio deceduto, che presentano la domanda di iscrizione alla Mutua entro il termine massimo di 30 giorni dal decesso, mantengono il relativo diritto ai sussidi preesistenti all'evento sino a che non maturino essi stessi il diritto alle prestazioni previste nella nuova posizione di Socio, attraverso il versamento del proprio contributo associativo.

Nel caso in cui vengano meno i componenti del nucleo familiare di cui sopra, i sussidi sottoscritti nella formula Nucleo si riterranno in automatico stipulati nella formula di Socio Ordinario.

Art. 19 - Versamenti dei contributi

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il socio si impegna a versare anticipatamente il contributo annuo previsto dalla forma di assistenza prescelta in un'unica soluzione o in più rate, secondo le disposizioni del Consiglio di amministrazione e quanto previsto dalle norme di attuazione della copertura sanitaria attivata. Il pagamento si intende fatto anticipatamente se avviene entro e non oltre 15 giorni dalla richiesta di pagamento dei contributi dovuti.

Tutti i versamenti devono essere eseguiti nei termini e con le modalità disposte da Cooperazione Salute. Termini e modalità saranno sempre adeguatamente evidenziati nei moduli di richiesta di ammissione, nelle norme di attuazione e in eventuali Accordi e/o Convenzioni.

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

Trascorso il termine utile per il versamento, previa apposita diffida ad adempiere, l'inadempiente dovrà corrispondere anche gli interessi di mora, eventualmente determinati con apposita delibera del Consiglio di Amministrazione di Cooperazione Salute.

A seguito della diffida il socio che non esegue il pagamento della quota associativa potrà essere espulso dalla Mutua con delibera del Consiglio di Amministrazione.

Art. 20 - Sospensione e Perdita delle prestazioni sanitarie per morosità. Decadenza dalla qualifica di Socio

Sospensione

Al socio, in ritardo con i pagamenti anticipati dei contributi associativi, verranno sospesi:

- a) Tutti i sussidi - nessuno escluso - per eventi verificatisi dal primo giorno del mese in cui è divenuto moroso;
- b) Tutti i sussidi - nessuno escluso - maturati per eventi verificatisi antecedentemente al primo giorno di morosità e, a tale data, non ancora liquidati dalla società, 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, però, il socio sana interamente la predetta morosità entro i 30 giorni, gli spetteranno:

- Tutti i sussidi sospesi;

- Tutti i sussidi di cui al precedente comma 1 lettera b).

In ipotesi di sanatoria solo parziale della morosità entro i 30 giorni, al socio non spettano:

- Tutti i sussidi sospesi;
- Tutti i sussidi di cui al precedente comma 1 lettera b) fino alla concorrenza massima dell'importo dei contributi associativi per il quale socio risulta moroso, maggiorato degli interessi di mora al tasso legale corrente maturati dal primo giorno di morosità.

Perdita

Al socio, in ritardo con i pagamenti anticipati dei contributi associativi per più di 30 giorni, non spettano:

- a) Tutti i sussidi - nessuno escluso - per eventi verificatisi dal primo giorno del mese in cui è divenuto moroso;
- b) Tutti i sussidi - nessuno escluso - maturati per eventi verificatisi antecedentemente al primo giorno di morosità e, a tale data, non ancora liquidati dalla società, 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, però, il socio sana interamente - per capitale e per interessi di mora maturati - la predetta morosità entro 180 giorni, gli spetteranno:

- Tutti i sussidi determinati da eventi verificatisi dopo la sanatoria;
- Tutti i sussidi di cui al precedente comma 1 lettera b).

In ipotesi di sanatoria solo parziale della morosità entro i 180 giorni, al socio non spettano:

- Tutti i sussidi di cui al precedente comma 1 lettera a);
- Tutti i sussidi di cui al precedente comma 1 lettera b) fino alla concorrenza massima dell'importo dei contributi associativi per il quale socio risulta moroso, maggiorato degli interessi di mora al tasso legale corrente maturati dal primo giorno di morosità.

Decadenza dalla qualifica di Socio

In ogni caso, se la morosità - anche parziale - supera i 180 giorni, il socio decade ipso jure da tale qualifica con ogni conseguente effetto, ivi compresa la sua esclusione dal libro dei soci; in tale ipotesi al socio non spettano:

- Tutti i sussidi di cui al precedente comma 1 lettera a);
- Tutti i sussidi di cui al precedente comma 1 lettera b) fino alla concorrenza massima dell'importo per il quale il socio risulta moroso, vale a dire dell'importo corrispondente ai contributi associativi dovuti per i 180 giorni di morosità maggiorati degli interessi di mora maturati al tasso legale dal primo giorno di morosità.

Qualora il decesso del socio avvenga nel primo giorno di ritardo per il pagamento del contributo anticipato dei contributi associativi, o comunque successivamente, agli eredi non spettano i sussidi eventualmente maturati dal socio in vita salvo che avvenga il subentro nella qualità di socio ordinario entro 30 giorni dal decesso.

Art. 21 - Conservazione delle ricevute

Cooperazione Salute entro il 31 Marzo di ogni anno emetterà a favore del Socio ordinario 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 dal Socio a comprova dei pagamenti effettuati, entro il termine di prescrizione di cinque anni.

Art. 22 - Variazioni delle prestazioni erogate

I sussidi e i servizi erogati, nonché i contributi e le eventuali quote di iscrizione, sono deliberati dal Consiglio di Amministrazione e sono specificati nelle Norme di Attuazione al Regolamento Applicativo dello Statuto della Società per ogni singola forma di assistenza. Il Consiglio di Amministrazione, in base all'andamento delle forme di assistenza, può deliberare variazioni delle prestazioni erogate. Inoltre, sempre su delibera del Consiglio di Amministrazione, i contributi associativi e i relativi termini e condizioni di versamento potranno subire un adeguamento periodico in base all'andamento delle forme di assistenza, all'aumento delle spese collegate ai rimborsi ed alla gestione mutualistica.

Art. 23 - Modifiche deliberate dal Consiglio di Amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione nei casi di particolare necessità può deliberare modifiche al Regolamento applicativo, con l'obbligo di comunicare tali modifiche alla prima Assemblea utile dei soci.

Art. 24 - Adesioni a più coperture sanitarie

Al Socio ammesso congiuntamente anche ad una o più coperture sanitarie, che possano prevedere più sussidi o servizi per il medesimo stato di disagio, viene riconosciuto un solo sussidio nella prestazione economicamente più favorevole per il Socio medesimo.

Tale principio vale anche all'interno dello stesso sussidio che preveda il rimborso e/o l'indennizzo derivante dallo stesso evento: varrà sempre il principio del riconoscimento del rimborso e/o dell'indennizzo per la garanzia economicamente più favorevole per il Socio.

Art. 25 - Operatività della mutualità

Le prestazioni fornite dalla Mutua sono operanti nei termini previsti dalle singole Norme di attuazione della copertura sanitaria scelta e sottoscritta dal Socio. Pertanto la decorrenza dei sussidi, 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 dalle singole Norme di attuazione della copertura sanitaria effettivamente scelta dal e per il Socio.

Art. 26 - Limitazione di responsabilità

Qualora Cooperazione Salute, a garanzia della propria gestione, intenda avvalersi di apposita copertura assicurativa, la responsabilità di Cooperazione Salute stessa è limitata all'obbligo di promuovere avverso la Compagnia, eventualmente inadempiente, ogni azione a tutela dei diritti dei soci, quali previsti dal presente regolamento.

Cooperazione Salute risponde unicamente con il patrimonio della Società per tutte le obbligazioni assunte nei confronti dei soci. Resta esclusa ogni responsabilità personale e/o solidale dei componenti del Consiglio di Amministrazione, ad eccezione dell'ipotesi in cui essi abbiano agito con dolo o colpa grave.