

SERENISSIMA MUTUA^{ETS}

*MANUALE
DEI REGOLAMENTI*



SOCIO SOSTENTITORE

 **BCC** PORDENONESE
E MONSILE

REGOLAMENTO GENERALE DELLE PRESTAZIONI

Preambolo

Il Consiglio di Amministrazione di Serenissima Mutua, di seguito per brevità denominata Mutua, in conformità al vigente statuto sociale, ha deliberato le condizioni e le modalità di accesso alle prestazioni a favore dei propri Soci e loro familiari.

Parte Generale

1 L'adesione alla Mutua è riservata alle persone fisiche che sono Soci o clienti della BCC PORDENONESE E MONSILE.

Per Soci si intendono: le persone fisiche in possesso dello status giuridico di Socio della BCC PORDENONESE E MONSILE ed in regola con gli obblighi sanciti dallo statuto della medesima banca e dalla normativa vigente soprattutto con riferimento al principio della partecipazione allo scambio mutualistico.

Per clienti si intendono: le persone fisiche titolari di conto corrente, anche cointestatari; il delegato ad operare sul conto corrente non è considerato cliente tranne nel caso in cui il delegato sia coniuge dell'intestatario del conto corrente e l'intestatario del conto corrente sia già Socio o abbia richiesto di aderire alla Mutua.

Chi desidera diventare Socio deve presentare domanda al Consiglio di Amministrazione.

La domanda deve contenere:

- a) nome, cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale, titolo di studio e attività svolta;
- b) la dichiarazione di possedere i requisiti per l'ammissione a Socio;
- c) l'autorizzazione in favore della Mutua di chiedere e ricevere dalla BCC PORDENONESE E MONSILE informazioni sull'esistenza e la natura dei rapporti in essere con il Socio al fine di permettere la valutazione nel tempo della permanenza dei requisiti previsti per lo status giuridico di Socio della Mutua;

- d) l'impegno a versare la quota di ammissione, i contributi e gli apporti dovuti per le prestazioni garantite dalla Mutua;
- e) l'impegno ad osservare le disposizioni contenute nello statuto e nei regolamenti interni e di sottostare alle delibere prese dagli organi sociali.

Al fine di automatizzare le procedure di incasso delle quote e dei contributi l'aspirante Socio deve autorizzare l'addebito permanente sul proprio conto corrente bancario attraverso procedura SDD, firmando l'apposito modulo ivi previsto.

La domanda può essere presentata agli sportelli della BCC PORDENONESE E MONSILE, Socio Sostenitore della Mutua.

- 2 Le prestazioni erogate dalla Mutua decorrono dall'accoglimento della domanda di ammissione a Socio da parte del Consiglio di Amministrazione trascorso l'eventuale periodo di carenza previsto dai regolamenti specifici delle singole assistenze.
- 3 Il diritto alle prestazioni è in ogni caso condizionato al pagamento, da parte del Socio, della quota di ammissione iniziale e dei contributi sociali annuali, con le modalità fissate dal precedente art. 1.
- 4 Le prestazioni che la Mutua garantisce ai propri Soci sono estese anche ai familiari del Socio tranne che per i servizi e le assistenze il cui regolamento specifico disciplini diversamente. Per familiari del Socio si intendono: i figli minori (18 anni non compiuti) anche non conviventi con il Socio.
- 5 Il Consiglio di Amministrazione della Mutua stabilisce all'inizio di ogni annualità i contributi dovuti dai Soci al fine dell'erogazione delle prestazioni contemplate dall'oggetto sociale e con apposita nota informativa ne dà comunicazione ai Soci.
- 6 I Soci possono recedere dalla Mutua comunicando per iscritto alla Società le proprie dimissioni almeno 2 (due) mesi prima della scadenza dell'annualità in corso.
- 7 I Soci aderenti ai servizi e alle prestazioni ad accesso volontario possono recedere dai singoli servizi o prestazioni nei termini e nei modi previsti dai relativi regolamenti specifici.
- 8 In mancanza di recesso nei termini e modi sopra stabiliti, l'adesione alla Mutua si intende tacitamente rinnovata di anno in anno per le prestazioni già richieste dal Socio, a carico del quale permane l'obbligo di versare i relativi contributi.

PARTE I Servizi Sanitari di Base

- 1 La Mutua garantisce a tutti i propri Soci un livello base di assistenza medico-sanitaria le cui prestazioni sono indicate nel regolamento della Carta Mutuasalus® e delle Diarie e Sussidi.
- 2 La Carta Mutuasalus® è consegnata dalla Mutua al Socio dopo l'accoglimento della relativa domanda di ammissione e consente allo stesso Socio ed ai suoi familiari, dichiarati nella domanda di ammissione, di accedere a tutte le iniziative che la Mutua organizza in favore dei propri assistiti.
- 3 Le Diarie e Sussidi sono erogati nei termini e modi previsti dal regolamento specifico che li disciplina.

PARTE II Servizi Sanitari Avanzati

- 1 La Mutua offre a tutti i propri Soci l'accesso facoltativo a programmi di assistenza sanitaria le cui prestazioni sono indicate nei relativi regolamenti specifici. I programmi di assistenza sanitaria costituiscono un sistema mutualistico integrativo e complementare del servizio sanitario nazionale.
- 2 Il Socio può accedere ai programmi di assistenza sanitaria, per sé e per i propri familiari, versando il contributo annualmente stabilito dal Consiglio di Amministrazione.
- 3 Il contributo associativo stabilito dal Consiglio di Amministrazione è riportato nei regolamenti specifici che disciplinano i singoli programmi di assistenza sanitaria.
- 4 La Mutua offre a tutti i propri Soci iniziative di prevenzione sanitaria e di promozione della salute a scopo educativo. Le iniziative e le relative condizioni di partecipazione sono rese note annualmente mediante apposito catalogo o periodica informativa.

PARTE III Servizi Culturali e Ricreativi

La Mutua promuove anche attività nei settori della cultura e del tempo libero. A tal fine promuove viaggi culturali e turistici a condizioni agevolate, organizza corsi di formazione ed altre iniziative educative volte ad elevare la cultura dei Soci e dei loro familiari. Le iniziative e le relative condizioni di partecipazione sono rese note annualmente mediante apposito catalogo o periodica informativa trasmessa anche a mezzo canale elettronico (sms, e-mail). Nelle comunicazioni relative ai viaggi sono indicate anche le Agenzie che la Mutua utilizzerà per l'organizzazione dei viaggi, come richiesto dalla normativa vigente in materia. Per poter partecipare il Socio deve essere in regola con il contributo associativo annuale.

PARTE IV Altri Servizi

La Mutua fornisce assistenza nel settore sociale realizzando, in modo diretto o tramite soggetti terzi convenzionati, servizi di sostegno alla famiglia e/o alla persona. Le iniziative, disciplinate da appositi regolamenti, sono rese note annualmente mediante apposito catalogo o periodica informativa.

Per poter partecipare il Socio deve essere in regola con il contributo associativo annuale.

QUOTA DI ADESIONE E CONTRIBUTI SOCIALI

Quota di ammissione una tantum per il Socio: 5,00 €

Contributi associativi annuali per l'accesso ai servizi sanitari di base Carta Mutuasalus®/Diarie e Sussidi

BENEFICIARI

CONTRIBUTO ASSOCIATIVO ANNUO

Soci Mutua fino a 30 anni (non compiuti)
e dai 30 ai 35 anni (per il primo anno di iscrizione) 25,00 €

Soci mutua di età superiore o pari a 30 anni 45,00 €

Il Consiglio di Amministrazione della Mutua stabilisce all'inizio di ogni annualità i contributi dovuti dai Soci al fine dell'erogazione delle prestazioni contemplate dall'oggetto sociale e con apposita nota informativa ne dà comunicazione ai Soci.

I contributi associativi annuali per l'adesione ai servizi facoltativi ed alle altre iniziative ed attività sociali sono riportati nei regolamenti specifici che li disciplinano.

Regolamento in vigore dal 17/03/2015.

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 16/03/2015.

REGOLAMENTO SUSSIDI ALLA FAMIGLIA

ART. 1 ASSISTITI

I sussidi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore dei Soci regolarmente iscritti a Serenissima Mutua ETS, in seguito per brevità denominata Mutua.

ART. 2 PRESTAZIONI

La Mutua, in attuazione delle proprie finalità statutarie e in conformità a quanto stabilito dall'ordinamento giuridico in tema di mutuo soccorso, riconosce i seguenti sussidi al fine di sostenere la famiglia dell'associato e i giovani Soci:

	TIPOLOGIA SUSSIDI	Importo	Importo Soci in difficoltà
1	Sussidio una tantum per nascita di un figlio, destinato all'acquisto di materiali e beni per la prima infanzia	40,00 € per figlio	80,00 € per figlio
2	Sussidio una tantum per versamento quota di iscrizione del figlio all'Asilo Nido	40,00 € per figlio	80,00 € per figlio
3	Sussidio una tantum per versamento quota di iscrizione del figlio alla Scuola Materna	40,00 € per figlio	80,00 € per figlio
4	Sussidio una tantum riservato ai giovani Soci (con meno di 27 anni) iscritti per la prima volta ad un ciclo di studi universitari, per il sostentamento delle spese quali tassa d'iscrizione, trasporto, acquisto libri di testo	100,00 €	

Il sussidio di cui al punto 1 viene riconosciuto a fronte della presentazione dello scontrino fiscale relativo all'acquisto effettuato presso esercenti convenzionati e non.

Il sussidio di cui al punto 3 viene riconosciuto a fronte della presentazione di quietanza di pagamento della retta mensile o di altre spese riconducibili alla frequenza della scuola dell'infanzia (per esempio: abbonamento al trasporto scolastico, servizio mensa, ecc.).

I sussidi di cui ai punti 2, 3 e 4 vengono riconosciuti una sola volta nell'arco del periodo di iscrizione al ciclo scolastico di riferimento, ancorchè effettuato presso diverse sedi o istituzioni scolastiche (in particolare per quanto riguarda l'Università il sussidio viene erogato una sola volta anche nel caso in cui l'associato abbia frequentato sia un corso triennale che specialistico).

I sussidi innanzi riportati sono erogati ad personam e per nucleo familiare, dove per nucleo familiare si intende il Socio, il coniuge del Socio ed i figli minorenni del Socio, anche se non conviventi.

Per beneficiare dei sussidi, il Socio deve obbligatoriamente presentare domanda alla Mutua, allegando le documentazioni di spesa previste per ogni singolo sussidio e il nome e cognome del beneficiario per il quale il sussidio è richiesto.

Le prestazioni sono dovute solo se il Socio è in regola con il pagamento della quota di ammissione e dei contributi associativi annuali.

Per **Soci in difficoltà** si intendono tutti i Soci cassaintegrati, in mobilità o con assegno di disoccupazione, che sono tenuti ad integrare le richieste di sussidio con adeguata documentazione certificante lo stato di difficoltà economica.

ART. 3 LIMITI ALLE PRESTAZIONI

I sussidi indicati al precedente art. 2 sono erogati fino all'occorrenza massima della spesa sostenuta e dimostrata da apposito documento fiscale.

Le prestazioni, inoltre, non sono dovute:

- in caso di presentazione di domanda di sussidio da più di un Socio facente parte dello stesso nucleo familiare per i medesimi beneficiari. In tal caso verrà considerata valida la prima richiesta pervenuta in ordine temporale.

ART. 4 DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

Le prestazioni di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

Negli anni successivi al primo, l'erogazione dei sussidi non ha luogo se il contributo associativo non è stato regolarmente pagato alla scadenza annuale.

In caso di morosità il diritto alle prestazioni cessa e si ripristina alle ore 24:00 del 180esimo giorno successivo al pagamento delle quote arretrate.

ART. 5 DURATA DELLA COPERTURA

L'assistenza erogata dalla Mutua attraverso i sussidi di cui al presente regolamento ha durata annuale e scade alle ore 24:00 della ricorrenza annuale del giorno di ammissione a Socio.

ART. 6 CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle prestazioni previste dal presente regolamento avviene dietro presentazione della relativa domanda di sussidio alla Mutua.

La domanda di sussidio deve essere redatta utilizzando i modelli predisposti dalla Mutua e firmata dal beneficiario indicando il numero del conto corrente bancario per l'accredito. La presentazione del modulo, da parte di persona delegata, deve essere accompagnata da un documento di identità del Socio beneficiario del rimborso.

Le richieste di sussidio devono pervenire alla Mutua **entro 90 giorni dalla data del documento fiscale certificante la spesa. Le domande che perverranno dal 90° al 180° giorno saranno decurtate del 50%**. Nessun sussidio spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

La richiesta di **sussidio per l'acquisto di materiali e beni per la prima infanzia**, dovrà essere accompagnata da:

- documento fiscale (scontrino o fattura) rilasciato dall'esercente indicante l'acquisto del materiale ed il nominativo del bambino figlio del Socio della Mutua.
- certificato di nascita

La richiesta di **sussidio per figlio iscritto all'Asilo Nido o Scuola Materna**, dovrà essere accompagnata da documento rilasciato dall'Asilo Nido o Scuola Materna indicante la quietanza di pagamento della quota di iscrizione o di altre spese riconducibili alla frequenza della scuola dell'infanzia (per esempio, abbonamento al trasporto scolastico, servizio mensa, ecc..) del bambino figlio del Socio della Mutua.

La richiesta di **sussidio per giovani Soci**, dovrà essere accompagnata da:

- dichiarazione di iscrizione al ciclo di studi universitari.
- documentazione attestante le spese sostenute per tasse d'iscrizione o acquisto libri di testo o trasporto.

Il Socio deve consentire eventuali controlli disposti dalla Mutua e fornire alla stessa ogni informazione relativamente alla richiesta di liquidazione del sussidio.

In caso di morte del beneficiario gli eredi sottoscriveranno il modulo di richiesta sussidio, allegando il certificato di morte e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dei legittimi eredi con indicazione delle modalità di rimborso.

ART. 7 DEFINIZIONE DI ESERCENTE CONVENZIONATO

Per "esercente convenzionato" si intendono tutti i Soci, Clienti e potenziali Clienti della Banca di Credito Cooperativo Pordenonese e Monsile, Socio Sostenitore della Mutua, titolari di aziende esercenti attività di commercio al minuto e all'ingrosso, artigiani, operatori del settore primario e terziario che hanno sottoscritto apposita convenzione con la Mutua.

Con l'accordo stipulato tra "esercente convenzionato" e Mutua, il Socio della Mutua beneficia di un trattamento di favore negli acquisti e nei servizi erogati dalle aziende convenzionate.

ART. 8 GESTIONE MUTUALISTICA

Alla fine di ogni anno sociale, in base alle risultanze di bilancio e all'andamento complessivo delle erogazioni per sussidi alla famiglia il Consiglio di Amministrazione della Mutua potrà apportare variazioni alle condizioni previste nel presente Regolamento. Le variazioni possono riguardare sia l'importo dei sussidi che le condizioni di accesso ai medesimi da parte degli Associati. Il Consiglio di Amministrazione ne darà poi comunicazione ai Soci con apposita nota informativa.

Il Socio che durante l'anno abbia ottenuto dei rimborsi, sussidi o abbia partecipato ad iniziativa realizzate da parte della Mutua, ancorché disciplinati da specifici regolamenti ai sensi della parte IV del Regolamento Generale delle Prestazioni, è obbligato a rimanere iscritto alla stessa per l'anno in corso e per quello successivo.

ART. 9 DISPOSIZIONI ESECUTIVE

Il Socio è tenuto ad osservare le norme di funzionamento e le disposizioni di attuazione del presente regolamento emanate dal Consiglio di Amministrazione della Mutua e portate a Sua conoscenza.

Il Socio, con la sottoscrizione della domanda di ammissione alla Mutua, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

ART. 10 DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non previsto nel testo di questo Regolamento, troveranno applicazione le norme del Codice Civile.

Regolamento in vigore dal 17/03/2015.

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 16/03/2015.

REGOLAMENTO DIARIE E SUSSIDI MEDICO/SANITARI

ART. 1 ASSISTITI

Le diarie e i sussidi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore dei Soci regolarmente iscritti alla Mutua.

I familiari dei Soci sono esclusi dalle prestazioni di cui al presente regolamento.

ART. 2 PRESTAZIONI

La Mutua, in caso di ricovero in istituto di cura pubblico, accreditato o privato, reso necessario da malattia o infortunio, corrisponde le seguenti indennità giornaliere per persona/evento/anno:

Diarie da ricovero

TIPOLOGIA DIARIA	Indennità giornaliera	Massimale annuo
INFORTUNIO	30,00 €	600,00 €
MALATTIA	20,00 €	400,00 €
RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale)	10,00 €	200,00 €

Le indennità innanzi riportate sono erogate per ogni giorno di degenza ad esclusione dei giorni di entrata e di uscita o di trasferimento ad altra struttura ospedaliera, RSA compresa. L'accesso alla RSA avviene mediante proposta del medico di medicina generale all'Unità di Valutazione distrettuale che ne dispone il ricovero.

Rimborsi spese sanitarie

La Mutua rimborsa le spese sostenute dal Socio, nei limiti di seguito indicati, per le seguenti prestazioni dovute a malattia o infortunio. I rimborsi delle spese sostenute per le prestazioni presso centri convenzionati sono dovuti solo nel caso in cui le prestazioni siano richieste ad una struttura/operatore convenzionato del Network Sanitario COMIPA, Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza.

	TIPOLOGIA DI RIMBORSI	Importo % standard rimborsato	Importo % rimborsato a Soci in difficoltà	Massimale annuo
1	Visite mediche specialistiche (NO TICKET) c/o centri convenzionati, esclusi odontoiatri	30% della fattura	70% della fattura	100,00 €
2	Visite mediche specialistiche (NO TICKET) c/o centri NON convenzionati, esclusi odontoiatri	15% della fattura	50% della fattura	100,00 €
3	Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici (NO TICKET) c/o strutture convenzionate	20% della fattura	60% della fattura	100,00 €
4	Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici (NO TICKET) c/o strutture NON convenzionate	15% della fattura	50% della fattura	100,00 €
5	Trattamenti termali c/o centri termali convenzionati	10% della fattura	50% della fattura	100,00 €
6	Servizio Ambulanze (solo da e per destinazioni in Istituti di Cura)	40% della fattura	80% della fattura	105,00 €
7	Servizio Taxi (solo da e per destinazioni in Istituti di Cura)	10% di quanto pagato	50% di quanto pagato	105,00 €

I rimborsi delle spese per le prestazioni di cui ai punti 1, 3, e 5 erogati da Ospedali Pubblici, ULSS o Enti Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale sono dovuti solo per le prestazioni in regime di libera professione. I **ticket** inerenti le prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale non sono rimborsati.

Per **Soci in difficoltà** si intendono tutti i Soci cassaintegrati, in mobilità o con assegno di disoccupazione.

Le prestazioni sono dovute solo se il Socio è in regola con il pagamento della quota di ammissione e dei contributi associativi annuali.

Le diarie e i sussidi sono prestate indipendentemente dalle condizioni di salute degli Assistiti, pertanto le prestazioni sono dovute anche nei casi di ricadute inerenti a situazioni patologiche preesistenti alla decorrenza delle garanzie.

ART. 3 LIMITI ALLE PRESTAZIONI

Le prestazioni non sono dovute se dipendenti da:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio, in particolare artroprotesi e sostituzione di impianti protesici. In caso di intervento di correzione della miopia, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le cure per stati patologici correlati all'infezione HIV;
- le cure per malattie degenerative del sistema nervoso (es.. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesici e di implantologia. La presente esclusione è operante salvo nel caso di infortunio, caso in cui le richieste di rimborso (avanzate a questo titolo) devono essere accompagnate dal certificato di pronto soccorso ospedaliero o di analoga struttura ospedaliera da cui risulti il danno subito;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- le prestazioni mediche aventi esclusivamente finalità di controllo; i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- il parto naturale e l'aborto;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;

- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

ART. 4 DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

Le prestazioni di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del **90esimo giorno** successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

Per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio le prestazioni di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del **300esimo giorno** successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo. I Soci con età superiore ai 75 anni avranno diritto alle diarie giornaliere da ricovero, di cui al presente regolamento, dopo un anno dall'accoglimento della domanda di ammissione a Socio. I Soci con età superiore agli 80 e 85 anni ne avranno diritto, rispettivamente, dopo due e tre. Per i sussidi invece rimane la decorrenza dalle ore 24:00 del **90esimo giorno** successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

Negli anni successivi al primo l'erogazione delle diarie e dei sussidi non ha luogo se il contributo associativo non è stato regolarmente pagato alla scadenza annuale. In caso di morosità il diritto alle prestazioni cessa e si ripristina alle ore 24:00 del **90esimo giorno** successivo al pagamento delle quote arretrate. I ricoveri, le visite specialistiche, gli esami ed accertamenti diagnostici e le altre assistenze previste eseguite durante il periodo di morosità non possono essere oggetto di diarie né di sussidi qualunque sia la causa del ritardato pagamento.

ART. 5 DURATA DELLA COPERTURA

La copertura ha durata annuale e scade alle ore 24:00 della ricorrenza annuale del giorno di ammissione a Socio.

ART. 6 CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle prestazioni previste dal presente regolamento avviene dietro presentazione della relativa domanda di rimborso alla Mutua.

La domanda di rimborso deve essere redatta utilizzando i modelli predisposti dalla Mutua e firmata dal beneficiario indicando il numero del conto corrente bancario per l'accredito o altre modalità di pagamento. La presentazione del modulo, da parte di persona delegata, deve essere accompagnata da un documento di identità del Socio beneficiario del rimborso. Le richieste di rimborso devono pervenire alla Mutua **entro 180 giorni dalla prestazione. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.**

La richiesta di **rimborso per diaria ospedaliera relativa ai ricoveri dovuti a malattia o infortunio ed ai ricoveri in R.S.A.**, dovrà essere accompagnata da:

- Documento rilasciato dall'Ospedale riportante la data di entrata ed uscita dalla struttura sanitaria e la malattia/infortunio che ha causato il ricovero. In caso di infortunio occorre allegare anche il verbale di infortunio che viene rilasciato dall'Ospedale, su richiesta dell'interessato.

La richiesta di **rimborso per prestazioni sanitarie** dovrà essere accompagnata da:

- Prescrizione del medico di base o del medico specialista riportante la richiesta di prestazione e la fattura pagata per la prestazione medico-sanitaria erogata (visita specialistica, esame clinico, accertamento diagnostico, trattamento fisioterapico o termale).

La richiesta di **rimborso per servizi** dovrà essere accompagnata da:

- Fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi con mezzi CRI (o similari) e/o TAXI allegando la documentazione medica comprovante che il servizio è stato erogato per raggiungere Istituti di cura per motivi di salute riguardanti l'avente diritto.

Il Socio deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Mutua e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia/infortunio denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

In caso di morte del beneficiario gli eredi sottoscriveranno il modulo di richiesta rimborso, allegando il certificato di morte e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dei legittimi eredi con indicazione delle modalità di rimborso.

ART. 7 GESTIONE MUTUALISTICA

In base alle risultanze di bilancio il Consiglio di Amministrazione della Mutua potrà apportare variazioni alle condizioni previste nella presente normativa. Il Consiglio di Amministrazione ne darà poi comunicazione ai Soci con apposita nota informativa.

Il Socio che durante l'anno abbia ottenuto dei rimborsi da parte della Mutua è obbligato a rimanere iscritto alla stessa per l'anno in corso e quello successivo.

ART. 8 DISPOSIZIONI ESECUTIVE

Il Socio è tenuto ad osservare le norme di funzionamento e le disposizioni di attuazione del presente regolamento emanate dal Consiglio di Amministrazione della Mutua e portate a Sua conoscenza.

Il Socio, con la sottoscrizione della domanda di ammissione alla Mutua, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

Regolamento in vigore dal 17/03/2015.

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 16/03/2015.



Via Roma 21/A 31050 Monastier di Treviso

Serenissima Mutua ETS

CF 94123220264

Info / presso tutte le filiali www.bccpm.it/filiali e sul sito www.serenissimamutua.it

Contatti / tel. 0422 799206 e-mail info@serenissimamutua.it.

SOCIO SOSTENITORE





SOCIO SOSTENITORE



Per informazioni più dettagliate consulta
la manualistica e la documentazione disponibile
nel nostro sito web

www.serenissimamutua.it

