

REGOLAMENTO

**approvato dal Comitato di Amministrazione
del 29 agosto 2011**

Art. 1 - Oggetto del Regolamento

Il presente Regolamento, deliberato, in conformità all'art. 18 lett. f) dello Statuto, dal Comitato di Amministrazione, ha lo scopo di:

- definire le caratteristiche delle prestazioni erogate dalla Cassa ai quali i beneficiari hanno diritto di accedere;
- raccogliere le procedure operative riguardanti:
 - 1) le adesioni di soci e beneficiari
 - 2) il versamento della quota associativa o di partecipazione e dei contributi
 - 3) l'erogazione delle prestazioni

Art. 2 – Adesione, recesso, esclusione dei Soci e dei Beneficiari

Le modalità di adesione, di recesso nonché di esclusione dei Soci e dei Beneficiari, sono regolate secondo quanto previsto nello Statuto, ex art. 8 ed ex art. 9, e vengono espresse secondo quanto riportato nella modulistica consegnata all'Associato all'atto dell'ammissione.

Art. 3 - Quota associativa e di partecipazione

Il Comitato di Amministrazione, entro il 30 settembre di ogni anno, stabilisce la quota associativa e di partecipazione per l'anno successivo, posta a carico dei Soci (ex art. 8, 9 e 10 dello Statuto)

I termini e le modalità di versamento delle quote associative e di partecipazione sono quelli previsti dall'art. 10 dello Statuto e dalla modulistica consegnata per l'adesione alla Cassa.

Art. 4 - Contributi

L'ammontare dei contributi che i Soci devono versare alla Cassa, sono quelli previsti per il programma assistenziale dagli stessi prescelto.

Art. 5 - Prestazioni

In applicazione all'art. 3 dello Statuto, la Cassa offre ai propri Beneficiari, le seguenti prestazioni assistenziali:

- **SEZIONE A/1) - PRESTAZIONI ACCESSIBILI AI BENEFICIARI COLLETTIVI**

I Soci possono richiedere di sottoscrivere per i relativi beneficiari:

1. Coperture per garantire la liquidazione di un capitale in caso di morte e di invalidità permanente, sia essa parziale o totale ed a seguito di malattia e/o infortunio
2. Coperture per garantire il rimborso delle spese mediche conseguenti ad infortunio e/o malattia
3. Coperture per garantire la liquidazione di un capitale o di una rendita in caso di gravi malattie
4. Convenzioni con centri abilitati per interventi di medicina preventiva o diagnostica
5. Coperture vita per la garanzia di una rendita o di una capitalizzazione.

Ogni eventuale copertura e prestazione assistenziale erogata direttamente o indirettamente dalla Cassa, dovrà decorrere dal 1° gennaio o dal momento dell'adesione se successiva.

Sarà peraltro possibile aderire alle coperture offerte dalla Cassa in data diversa, ma alle condizioni specifiche della copertura stessa.

- **SEZIONE A/2) - PRESTAZIONI RISERVATE A SOGGETTI NON RIENTRANTI FRA QUELLI COLLETTIVI (BENEFICIARI INDIVIDUALI)**

I Soci possono richiedere di sottoscrivere per i relativi beneficiari:

6. Coperture per garantire la liquidazione di un capitale in caso di morte e di invalidità permanente, sia essa parziale o totale ed a seguito di malattia e/o infortunio

7. Coperture per garantire il rimborso delle spese mediche conseguenti ad infortunio e/o malattia
8. Coperture per garantire la liquidazione di un capitale o di una rendita in caso di gravi malattie
9. Convenzioni con centri abilitati per interventi di medicina preventiva o diagnostica
10. Coperture vita per la garanzia di una rendita o di una capitalizzazione.

Ogni eventuale copertura e prestazione assistenziale erogata direttamente o indirettamente dalla Cassa, dovrà decorrere dal 1° gennaio o dal momento dell'adesione se successiva.

Sarà peraltro possibile aderire alle coperture offerte dalla Cassa in data diversa, ma alle condizioni specifiche della copertura stessa.

Art. 6 – Erogazione delle prestazioni

I Beneficiari hanno diritto alle erogazioni assistenziali così come previste dalle coperture e/o convenzioni in essere ovvero erogate direttamente o indirettamente dalla Cassa, al verificarsi delle condizioni previste dalle coperture o dalle condizioni stabilite dagli accordi o regolamenti aziendali dei Soci.

Per la liquidazione delle prestazioni riferite alle garanzie acquistate, al verificarsi di uno degli eventi garantiti dalle coperture attivate tramite Cassa Sanint, i Soci ed i Beneficiari dovranno attenersi alle procedure, previste dalla Cassa, per ciascun tipo di copertura.

Tutti i documenti di spesa verranno conservati dalla Cassa non potranno essere restituiti, salvo quelli non ammessi al rimborso. Restano, comunque disponibili, in caso di accertamento fiscale, entro il periodo previsto dalle norme di legge.

Il rimborso delle pratiche sanitarie avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario sul conto corrente, acceso presso istituto di credito italiano, con le modalità previste dalla copertura assicurativa corrispondente.

Sono esclusi i rimborsi a mezzo assegno circolare, bancario o postale.

Art. 7 – Modifica del Regolamento

Le modifiche apportate al presente Regolamento avranno effetto dal primo gennaio dell'anno successivo alla data in cui il Comitato di Amministrazione avrà deliberato le modifiche stesse.

Art. 8 – Disposizioni Finali

Il presente Regolamento è inviato:

- ai Soci, all'atto della loro adesione alla Cassa, e tempestivamente a seguito di ogni modifica dello stesso.