



REGOLAMENTO GENERALE DELLA CASSA SANITARIA

di cui all'art. 51 comma 2 lett. a) del TUIR DPR 917/1986

**istituito dall'Associazione
PRO VITA BENESSERE ETS**

PROvita Benessere Ente del Terzo Settore

Sede Legale: Via Giuseppe Mazzini 15 – 37047 San Bonifacio (VR)

P.IVA/C.F. 05134240232

info@provitabenessere.it | PEC: provitabenessere@pec.net

PARTE I: NORME SULL'ORGANIZZAZIONE E SUL FUNZIONAMENTO DELLA CASSA

Art. 1 - Disposizioni generali

1.1 Il presente Regolamento disciplina il funzionamento della Cassa Sanitaria, la gestione delle attività di assistenza sanitaria da essa svolte, nonché le modalità attuative delle disposizioni contenute nello Statuto, che tutti gli iscritti sono tenuti a rispettare.

La Cassa garantisce agli iscritti e ai loro aventi diritto un'assistenza sanitaria complementare e integrativa rispetto al Servizio Sanitario Nazionale, in conformità alla normativa vigente in materia di enti, casse e fondi sanitari, di cui al D.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni.

1.2 L'associazione è stata costituita in data 3 Giugno 2025

1.3 Il presente Regolamento è adottato ai sensi dell'art. 27.2 lett. m dello Statuto. Per quanto non espressamente previsto, si rimanda alle disposizioni contenute nell'Atto costitutivo e nello Statuto.

1.4 Ogni informazione relativa allo stato di salute degli iscritti è da considerarsi strettamente riservata. Chiunque venga a conoscenza di tali informazioni per motivi legati al proprio incarico è tenuto al segreto professionale. È consentita unicamente la diffusione di dati aggregati o di sintesi, anche riferiti a singole prestazioni o statistiche, nel rispetto delle normative vigenti.

Art. 2 - Adesione alla Cassa

2.1 I soggetti interessati ad aderire alla Cassa devono presentare formale richiesta, tramite e-mail, posta ordinaria o raccomandata.

Possono acquisire la qualifica di associato, secondo quanto stabilito ai sensi dell'art. 7 dello Statuto:

- persone fisiche;
- persone giuridiche, pubbliche o private, interessate a garantire prestazioni della Cassa a favore di propri iscritti, dipendenti o collaboratori.

2.2 Il Consiglio di Amministrazione decide sull'accoglimento della domanda nei termini previsti dallo Statuto, comunicandone l'esito entro 60 giorni dal ricevimento. In caso di accoglimento, il richiedente sottoscrive una convenzione e versa la quota associativa annuale.

L'ammissione decorre dalle ore 24 del giorno del versamento della quota e dà diritto, da quel momento, all'accesso alle prestazioni sanitarie previste dal piano assistenziale.

Art. 3 - Iscrizione degli assistiti e dei familiari

3.1 Le aziende o enti associati che intendano iscrivere i propri dipendenti o aventi diritto devono farlo secondo modalità e tempistiche indicate nella convenzione. Gli iscritti avranno diritto a fruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio piano.

3.2 I Soci Fondatori, se persone fisiche, sono automaticamente utenti della Cassa, con diritto alle prestazioni di welfare sanitario, previo versamento dei contributi (direttamente o tramite l'azienda di appartenenza).

3.3 Ogni utente può richiedere l'estensione della copertura al proprio nucleo familiare. Ai fini del presente regolamento, per familiari si intendono: coniuge, figli fiscalmente a carico, convivente more uxorio (Si richiede la presentazione di un'autocertificazione attestante la convivenza anagrafica presso il medesimo indirizzo di residenza).

Art. 4 - Determinazione dei contributi

4.1 Il Consiglio di Amministrazione può deliberare, entro il 31 dicembre di ogni anno, la quota contributiva da destinare alle prestazioni sanitarie per l'anno successivo.

All'interno delle convenzioni o di appositi regolamenti, il Cda può definire importi e modalità di versamento.

Art. 5 - Versamento dei contributi e sospensione delle coperture

5.1 I contributi possono essere versati attraverso:

- bonifico su conto corrente della Cassa;
- delega per la trattenuta in busta paga (se prevista da specifici accordi aziendali);
- ogni altro strumento riconosciuto dalla Cassa e valido ai fini fiscali.

5.2 Il versamento dei contributi è un obbligo assunto in sede di adesione. Il mancato pagamento per oltre 30 giorni comporta la sospensione delle prestazioni, a decorrere dalla data dell'inadempimento. L'assistenza riprende il giorno successivo al saldo del debito.

Art. 6 - Gestione delle prestazioni sanitarie

6.1 La Cassa può gestire direttamente o affidare a terzi l'intero ciclo delle prestazioni sanitarie previste dai propri regolamenti e piani sanitari.

Può inoltre stipulare convenzioni con mutue, fondi sanitari o compagnie assicurative per esternalizzare, in tutto o in parte, il rischio tecnico.

Art. 7 – Compenso degli amministratori

Ai componenti del Consiglio di Amministrazione spetta un compenso annuo forfettario pari a euro 1.500,00 (millecinquecento/00) ciascuno, omnicomprendivo di ogni attività svolta e senza diritto ad ulteriori rimborsi o indennità.

PARTE II: NORME RELATIVE ALLE PRESTAZIONI FORNITE DALLA CASSA SANITARIA

Art. 8 - Principi di autoregolamentazione dell'erogazione di assistenza sanitaria

8.1 L'attività della Cassa si ispira ai principi di non selezione del rischio e non discriminazione in base a condizioni personali. Potranno essere applicate misure prudenziali (es. limiti di età, periodi di carenza) per assicurare sostenibilità e prevenire adesioni opportunistiche.

8.2 In qualità di soggetto privato che svolge un'attività di interesse pubblico nel settore sanitario, la Cassa intende erogare prestazioni integrative e complementari rispetto a quelle fornite dal SSN attraverso i LEA.

Art. 9 - Piani sanitari

9.1 I piani sanitari definiscono le prestazioni accessibili agli utenti, le regole di utilizzo e la gestione della posizione personale. Sono approvati dal Consiglio di Amministrazione e possono essere redatti da membri interni o consulenti esterni.

Art. 10 - Quota per la gestione amministrativa

10.1 Il Cda può determinare, in sede di approvazione del budget, la quota dei contributi destinata alla gestione amministrativa della cassa, stabilendone periodicità e misura.

Art. 11 - Definizione degli utenti

11.1 Sono considerati utenti i beneficiari indicati nell'art. 3 dello Statuto. Essi sono registrati in un apposito elenco, anche in formato digitale, senza distinzione di provenienza o titolo di accesso al piano sanitario.

Art. 12 - Adesione dei familiari

12.1 Salvo diversa previsione del piano sanitario, i familiari non sono inclusi automaticamente nella copertura dell'assistito.

12.2 È possibile estendere la copertura familiare tramite richiesta firmata dall'assistito e inviata all'azienda di appartenenza.

12.3 Il relativo contributo sarà trattenuto in busta paga e versato dall'azienda alla Cassa secondo quanto stabilito nella convenzione.

12.4 Per garantire la sostenibilità e contenere adesioni opportunistiche, il contributo per i familiari sarà maggiorato. L'importo è stabilito dal Cda per ciascun piano.

Art. 13 - Continuità dei versamenti

13.1 La contribuzione ai piani sanitari è dovuta in misura piena, anche nei casi di:

- lavoro part-time;
- aspettativa per malattia;
- congedo parentale;
- lavoratori CIG in tutte le sue tipologie.

13.2 I contributi non sono dovuti per lavoratori con rapporto cessato. L'obbligo termina dal primo giorno del mese successivo alla cessazione del rapporto.

Art. 14 - Decorrenza delle prestazioni

14.1 Salvo diversa indicazione, le prestazioni sanitarie previste dai piani decorrono dalle ore 00:00 del 1° gennaio e si concludono alle ore 23:59 del 31 dicembre di ogni anno.

Art. 15 - Regole generali di utilizzo

15.1 In assenza di diverse disposizioni nei piani sanitari, convenzioni o circolari, la gestione della posizione utente avviene online, tramite una piattaforma dedicata con area riservata.

15.2 I piani possono prevedere massimali, franchigie, percentuali di rimborso, e richiedere documentazione probatoria (prescrizioni, ticket, fatture, cartelle cliniche, ecc.).

Art. 16 - Esclusioni generali

16.1 Salvo quanto previsto nei singoli piani sanitari, non rientrano tra le prestazioni rimborsabili:

- Interventi estetici (inclusa chirurgia plastica e odontoiatrica estetica);
- Agopuntura non eseguita da medico abilitato;
- Vaccinazioni di qualunque tipo;
- Test COVID-19 (tamponi o esami similari);
- Trattamenti per infortuni causati da ubriachezza, sostanze stupefacenti (non terapeutiche), atti delittuosi, gare motoristiche, attività sportiva professionale;

- Danni da radiazioni o fenomeni atomici;
- Cure termali o idropiniche (escluso il ticket);
- Farmaci, protesi, ausili;
- Cure omeopatiche;
- Ricoveri in strutture termali, case di riposo o cliniche estetiche/dietetiche;
- Trattamenti fisioterapici presso palestre o centri sportivi;
- Soggiorni in centri benessere, hotel medicali, ecc.;
- Diaria per ricoveri domiciliari.

Art. 17 - Privacy e trattamento dei dati

17.1 I dati personali e sensibili degli assistiti sono trattati dalla Cassa nel rispetto del Regolamento UE 2016/679, in qualità di titolare del trattamento.

Art. 18 - Norme di rinvio

18.1 Per quanto non espressamente disciplinato dal presente regolamento, si rimanda alle disposizioni contenute nell'atto costitutivo, nello Statuto, nelle delibere dell'Assemblea degli associati e del Cda, nonché nelle eventuali circolari della Cassa.