

REGOLAMENTO APPLICATIVO  
MUTUA BPLAJ  
Società di Mutuo Soccorso ETS  
PIANI SANITARI EROGATI IN  
CONVENZIONE CON  
"COOPERAZIONE SALUTE SOCIETÀ  
DI MUTUO SOCCORSO"

Proposto dal Consiglio di Amministrazione del 8 APRILE 2026 e  
approvato dall'Assemblea Ordinaria dei Soci del 30 APRILE 2026

SOMMARIO

ART. 1 OGGETTO DEL REGOLAMENTO	_____	- 2 -
ART. 2 CATEGORIE DI SOCI	_____	- 2 -
ART. 3 MODALITÀ DI AMMISSIONE A SOCIO DELLA MUTUA BPLAJ ATTRAVERSO L'ADESIONE AI PIANI SANITARI	_____	- 2 -
ART. 4 DECORRENZA E DURATA DELL'ISCRIZIONE A LIBRO SOCI	_____	- 3 -
ART. 5 CESSAZIONE DELL'ADESIONE	_____	- 3 -
ART. 6 LIMITI DI ETÀ	_____	- 4 -
ART. 7 DECORRENZA E DURATA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE E AI SERVIZI MUTUALISTICI PREVISTI	_____	- 4 -
ART. 8 BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE E OBBLIGO DI NOTIFICA DATI	_____	5 -
ART. 9 TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D. LGS.196/2003)	_____	- 6 -
ART. 10 GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE	_____	- 6 -
ART. 11 DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE E SUA CONFORMITÀ	_____	- 7 -
ART. 12 GESTIONE EVENTI SANITARI SOGGETTI AD ASSICURAZIONE	_____	- 7 -
ART. 13 ESCLUSIONE DI RESPONSABILITÀ DI MUTUA BPLAJ	_____	- 8 -

ART. 14 ESCLUSIONE DEL DIRITTO DELLE PRESTAZIONI	_____	- 8 -
ART. 15 MORTE DEL SOCIO	_____	- 8 -
ART. 16 SOCI RESIDENTI ALL'ESTERO	_____	- 8 -
ART. 17 LAVORATORI STRANIERI	_____	- 8 -
ART. 18 FAMILIARE DEL SOCIO ORDINARIO	_____	- 9 -
ART. 19 VERSAMENTI DEI CONTRIBUTI	_____	- 9 -
ART. 20 SOSPENSIONE E PERDITA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE PER MOROSITÀ	_____	- 10 -
ART. 21 CONSERVAZIONE DELLE RICEVUTE	_____	- 11 -
ART. 22 VARIAZIONI DELLE PRESTAZIONI EROGATE	_____	- 11 -
ART. 23 MODIFICHE DELIBERATE DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	_____	- 12 -
ART. 24 ADESIONI A PIÙ COPERTURE SANITARIE	_____	- 12 -
ART. 25 OPERATIVITÀ DELLA MUTUALITÀ	_____	- 12 -
ART. 26 LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ	_____	- 12 -
ART. 27 ACCORDO DI MUTUALITÀ MEDIATA	_____	- 12 -
ART. 28 RISOLUZIONE DEI CONFLITTI FRA STATUTO E REGOLAMENTO	_____	- 13 -

\*\*\*\*\*

#### ART. 1 - OGGETTO DEL REGOLAMENTO

Il presente regolamento disciplina il funzionamento dei seguenti piani sanitari: "Piano BPLaj-Salute-Individuale" e "Piano BPLaj-Salute-Family" erogati da Mutua BPLaj, Società di Mutuo Soccorso ETS in applicazione del rapporto di mutualità mediata con Cooperazione Salute Società di Mutuo Soccorso.

#### ART. 2 - CATEGORIE DI SOCI

I piani sanitari di cui all'articolo 1 sono erogati a favore dei Soci di "Mutua BPLaj - Società di Mutuo Soccorso" (d'ora innanzi indicata come "Mutua") che ne hanno fatto richiesta di adesione, così come individuati all'Art. 4 dello Statuto.

#### ART. 3 - MODALITÀ DI AMMISSIONE A SOCIO DELLA MUTUA BPLAJ ATTRAVERSO L'ADESIONE AI PIANI SANITARI

Attraverso l'adesione al piano sanitario prescelto si ottiene contestualmente l'ammissione a socio della Mutua BPLaj. L'aspirante socio avrà cura di compilare e sottoscrivere la domanda di adesione al piano sanitario redatta su apposito modulo messo a disposizione da Mutua BPLaj con relativo impegno a versare anticipatamente il contributo annuale di adesione ovvero a sottoscrivere il piano di addebito mensile relativo al piano sanitario scelto;

L'ammissione del nuovo Socio alla Mutua rimane in ogni caso subordinata all'accettazione da parte di Mutua BPLaj, mediante delibera del Consiglio di amministrazione.

L'adesione presuppone e comporta la conoscenza e l'accettazione, da parte del socio, delle norme dello Statuto, del regolamento generale di Mutua BPLaj, del presente Regolamento, delle Norme di Attuazione del piano sanitario prescelto, nonché di tutte le delibere regolarmente assunte dagli organi statutari e delle comunicazioni

dirette ai Soci, che verranno adeguatamente pubblicizzate. Copia dello Statuto, del regolamento generale di Mutua BPLaj e del presente Regolamento sono disponibili sul sito della mutua e verranno consegnate, dietro richiesta a tutti i soci all'atto dell'adesione. Il Piano Sanitario, comprensivo delle Norme di Attuazione del piano sanitario prescelto è disponibile sulla pagina personale dell'aderente sul network "Area riservata Mutua Lajatico Adesioni individuali": in fase di adesione, l'aderente verrà assistito, su sua richiesta, alla relativa registrazione.

Il Consiglio di amministrazione, nella prima riunione utile, una volta verificati i requisiti di ammissibilità e l'avvenuto versamento della prima mensilità del contributo di adesione autorizzerà l'iscrizione del nuovo Socio all'interno del relativo Libro dei Soci, in base alla corrispondente tipologia indicata all'art.4 dello Statuto di Mutua BPLaj. Se il Consiglio di amministrazione non dovesse accettare, per qualsiasi motivo, la domanda di adesione, 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 adesione 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 adesione.

#### ART. 4 - DECORRENZA E DURATA DELL'ISCRIZIONE A LIBRO SOCI

Tutte le domande di adesione che perverranno a Mutua BPLaj, saranno valutate dal Consiglio di amministrazione. La data di attivazione del piano sanitario prescelto decorre dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale è stato pagato il primo contributo di adesione. Da tale data si presume di diritto la conoscenza da parte del nuovo socio aderente delle norme dello statuto, del regolamento generale, del presente regolamento e delle norme di attuazione del piano sanitario prescelto. Mutua BPLaj valuterà solo ed esclusivamente quelle domande di adesione pervenute secondo le modalità indicate all'art.3, che siano complete di tutti i dati richiesti e per le quali risulti essere andato a buon fine il pagamento della prima mensilità del contributo annuo di adesione al piano sanitario prescelto.

I contributi di adesione hanno valore annuale ed il loro pagamento è frazionato in rate mensili (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 e al piano sanitario prescelto si intende sempre tacitamente rinnovata di anno in anno, in mancanza di disdetta da far pervenire a Mutua BPLaj 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 Mutua BPLaj nelle Norme di Attuazione, Convenzioni o con apposite delibere del Consiglio di

amministrazione.

#### ART. 5 - CESSAZIONE DELL'ADESIONE

L'adesione al piano sanitario prescelto e alla Mutua 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 contrattualmente fissata al 31 dicembre di ogni anno;
- 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 aderente non abbia versato anticipatamente per intero i contributi annui di adesione (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 aderenti ai piani sanitari che sono in regola con il pagamento del Contributo di adesione potranno usufruire dei servizi e prestazioni previsti dal piano sanitario attivato senza alcun limite di età. Il limite di età per la adesione ai piani sanitari di cui all'articolo 1 è fissato allo scadere dei 69 anni e 364 giorni. E' compreso nell'esclusione il giorno del compimento del settantesimo anno d'età.

Tutti i soci beneficiari aderenti, per i quali è stato regolarmente pagato il contributo di adesione annuo da parte del rispettivo Familiare socio ordinario aderente o da parte del 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 sociale.

#### ART.7 - DECORRENZA E DURATA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE E AI SERVIZI MUTUALISTICI PREVISTI

I piani sanitari prescelti dal socio aderente si intenderanno in decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale è stato pagato il primo contributo di adesione anticipato ovvero è stato sottoscritto il modulo di autorizzazione all'addebito mensile del frazionamento del contributo di adesione (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 del

piano sanitario attivato, che saranno comunque sempre a disposizione dell'aderente sulla propria pagina personale del network, nel comparto "Area riservata Mutua Lajatico Adesioni individuali". Il Piano Sanitario attivato e i relativi Sussidi Sanitari, nonché i corrispettivi contributi, hanno validità annuale.

L'adesione al Piano Sanitario prescelto si intenderà tacitamente rinnovata di anno in anno, ove non intervenga disdetta per iscritto da parte del Socio aderente, così come determinato all'art. 5. Eventuali eccezioni al tacito rinnovo verranno regolamentati da Mutua BPLaj nelle Norme di attuazione, nelle Convenzioni o con apposite deliberazioni di Consiliari

#### ART. 8 - BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE E OBBLIGO DI NOTIFICA DATI

Sono aventi diritto delle prestazioni di cui ai Piani Sanitari previsti dall'articolo 1 i soci ordinari e i soci beneficiari come rispettivamente identificati dall'articolo 4.2 e 4.4 dello Statuto che hanno fatto domanda di adesione. Ai fini della fruizione dei benefici, il socio ordinario dovrà comunicare a Mutua BPLaj i propri dati secondo il modulo di richiesta dati che Mutua BPLaj fornirà (Codice fiscale, data di nascita, ecc.), nonché i dati dei propri familiari quali beneficiari del Piano BPLaj-Salute-Family Parimenti il socio convenzionato e/o la Società, Associazione, Azienda, Sindacato ed Ente di appartenenza del socio beneficiario dovranno comunicare a Mutua BPLaj i dati dei propri dipendenti, collaboratori, amministratori, associati, iscritti e clienti secondo il modulo di richiesta dati che Mutua BPLaj fornirà.

Il Socio aderente è tenuto a comunicare a Mutua BPLaj eventuali variazioni che riguardano sé 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 Mutua BPLaj eventuali variazioni che riguardano i rispettivi soci beneficiari aderenti. 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 Mutua 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 Mutua 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 adesione il socio aderente, preso atto dell'informativa fornita - a corredo della domanda di adesione - 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

Mutua BPLaj, a titolo esemplificativo e non esaustivo, prevede 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, sociosanitario, socioassistenziale, che applicano ai Soci ordinari e beneficiari tariffe e condizioni agevolate per le prestazioni erogate, Mutua BPLaj 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. Mutua BPLaj 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. Mutua BPLaj 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

Mutua BPLaj stabilisce nel rispetto dello Statuto sociale, del Regolamento applicativo e delle specifiche norme di attuazione dei Piani Sanitari attivati, la documentazione necessaria da produrre a supporto di ciascuna domanda di erogazione delle prestazioni.

Il Socio aderente, con la domanda di adesione, prende coscienza che la Mutua può richiedergli 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 Mutua BPLaj 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.

È fatta salva in ogni caso la possibilità per Mutua BPLaj di richiedere la presentazione dell'originale. Mutua BPLaj 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 Mutua BPLaj. 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 Mutua BPLaj 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 MUTUA BPLAJ

Per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati Mutua BPLaj 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 (soci beneficiari) a seguito delle prestazioni (in particolare quelle sanitarie) erogate presso strutture o da professionisti convenzionati con Mutua BPLaj 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 nei Piani Sanitari, 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 adesione, sia se inerenti direttamente il Socio aderente, sia se inerenti ai Familiari del Socio (beneficiari) di cui al successivo Articolo 18. Ulteriori eventuali cause di esclusione potranno essere previste nelle Norme di attuazione del Piano Sanitario prescelto.

#### 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 ORDINARIO

Sono soci beneficiari 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. A tale scopo 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 adesione 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 nel "Piano BPLaj Salute-Family" si riterranno in automatico stipulati nella formula "Piano BPLaj-Salute-Individuale".

#### ART. 19 - VERSAMENTI DEI CONTRIBUTI

Con la sottoscrizione della domanda di adesione il socio si impegna a versare anticipatamente il contributo annuo di adesione previsto in relazione al piano sanitario prescelto 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.

Tutti i versamenti devono essere eseguiti nei termini e con le modalità disposte da Mutua BPLaj. 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 di adesione, la Mutua non è tenuta ad avvisare i Soci della scadenza del relativo pagamento. 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 Mutua BPLaj. A seguito della diffida il socio che non esegue il pagamento del contributo annuo di adesione potrà essere espulso dalla Mutua con delibera del Consiglio di amministrazione. Il versamento della prima rata di adesione al piano sanitario attivato verrà imputato per la quota di € 5,00 a versamento in conto capitale.

#### 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 di adesione, 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 di adesione 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 già menzionata 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 di adesione 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 di adesione 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 di adesione 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 già menzionata 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 di adesione 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 di adesione 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 di adesione, 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

Mutua BPLaj 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 di adesione versati nell'anno precedente. Tutte le ricevute dei versamenti dei contributi di adesione 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 adesione, 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 di adesione 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 aderente 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 del Piano Sanitario prescelto dal Socio aderente. Pertanto, la decorrenza dei sussidi, l'oggetto dei servizi e delle prestazioni, i massimali, i rimborsi, le quote di spesa a carico dell'Aderente, 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 del Piano Sanitario effettivamente attivato dal e per il Socio.

#### ART. 26 - LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Qualora Mutua BPLaj, a garanzia della propria gestione, intenda avvalersi di apposita copertura assicurativa, la responsabilità di Mutua BPLaj 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.

Mutua BPLaj 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.

#### ART. 27 - ACCORDO DI MUTUALITÀ MEDIATA

Con riferimento alla delibera assunta dal Consiglio di amministrazione, la Mutua ha stipulato, in data 14 ottobre 2025, un accordo di mutualità mediata con Cooperazione Salute SMS.

In virtù dell'accordo di mutualità sottoscritto, il Socio di Mutua BPLaj aderisce ai Piani sanitari predisposti da Cooperazione Salute SMS, secondo le condizioni previste in detti Piani allegati al presente Regolamento interno.

Sempre in virtù del suddetto accordo di mutualità mediata, è demandata a Cooperazione Salute SMS la gestione delle prestazioni di cui all'articolo 10 e 18 del presente regolamento e/o previste nei Piani Sanitari predisposti dalla medesima Cooperazione Salute SMS allegati al presente regolamento.

Nonché, sempre in virtù di tale accordo di mutualità mediata, è demandata a Cooperazione Salute SMS la tenuta e la richiesta della documentazione prevista dagli articoli 8 e 11 del presente regolamento e relativa alle domande di adesione e di erogazione delle prestazioni.

Nonché, sempre in virtù di tale accordo di mutualità mediata, è demandata a Cooperazione Salute SMS l'applicazione dell'articolo 13 del presente regolamento sulla esclusione di responsabilità; l'applicazione dell'articolo 12 sulla gestione degli eventi sanitari soggetti ad assicurazione; dell'articolo 22 sulla variazione delle prestazioni, dei sussidi e dei servizi erogati, fermo restando il diritto di accettazione e di approvazione da parte del Consiglio di amministrazione di Mutua BPLaj; l'applicazione dell'articolo 24 sulle adesioni a più coperture sanitarie; l'applicazione dell'articolo 25 sulla operatività della mutualità; l'articolo 26 sulla limitazione della responsabilità.

#### ART. 28 - RISOLUZIONE DEI CONFLITTI FRA STATUTO E REGOLAMENTO

Per tutto quanto non previsto nel presente Regolamento deve farsi espresso riferimento allo Statuto della Mutua.

Eventuali contrasti con quanto previsto nello Statuto e nel presente Regolamento devono essere risolti in favore del primo, salvo che quest'ultimo non lo deroghi in modo espresso e comunque nei limiti di quanto previsto dallo Statuto.