

Si ricorda che le prestazioni sanitarie prenotate con l'apposito Portale nell'Area Riservata del sito www.chiantimutua.it consentono di ottenere gli sconti e l'immediato rimborso del 50% senza dover presentare la richiesta di rimborso. Vai sul sito www.chiantimutua.it o chiama il NUMERO VERDE 800 265657

La presente richiesta cartacea va presentata in busta chiusa tramite la propria filiale ChiantiBanca, unitamente agli allegati richiesti, **ENTRO E NON OLTRE 30 GIORNI** dall'emissione della fattura/ricevuta o documentazione richiesta

Spett.le
CHIAMTIMUTUA ETS – Associazione Cassa Mutua
Via Giuseppe di Vittorio, 4/6
50026 San Casciano in Val di Pesa (FI)

Il/la sottoscritto/a (in stampatello leggibile) _____
Socio ordinario ChiantiMutua ETS, nato/a il ____/____/____ a _____ prov. _____
N° Carta **T12FI/T2FI** _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

la concessione, ai sensi dei Regolamenti ChiantiMutua ETS, Generale e Specifici in vigore, il seguente contributo:

Per sé stesso/a Per il figlio minore (*) [SOLO SE ENTRAMBI I GENITORI SONO SOCI MUTUA (**)] (Cognome e Nome) _____ nato/a il ____/____/____
INDICARE L'ALTRO GENITORE SOCIO (Cognome e Nome) _____ nato/a il ____/____/____

(*) I rimborsi medico-sanitari delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3, 5, 6, 7 e 8 erogate a favore dei figli minori regolarmente dichiarati (vedi punto 8) della Parte prima del Regolamento Generale delle Prestazioni) sono dovuti a condizione che entrambi i genitori siano Soci di ChiantiMutua ETS ed entro i massimali per evento/anno di questi ultimi. In deroga a quanto sopra previsto, la Mutua ammette ai rimborsi sanitari i figli minori di un Associato, dietro espressa richiesta dello stesso Associato, quando manchi l'altro genitore e l'assenza venga documentata mediante dichiarazione sostitutiva rilasciata dall'interessato.

(**) Si specifica che per poter usufruire di entrambi i plafond dei genitori, questi devono entrambi aver sottoscritto il pacchetto Mutua Gold.

1 - VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE - massimale annuo Mutua standard 250 € - Mutua Gold ulteriori € 250,00

C/O CONVENZIONATI 30 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 30% = € _____
 C/O NON convenzionati 10 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 10% = € _____

2 - ESAMI ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI - massimale annuo Mutua standard 250 € - Mutua Gold ulteriori € 250,00 (comprensivo sia del punto a che b)

a) C/O CONVENZIONATI 20 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 20% = € _____
 C/O NON convenzionati 10 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 10% = € _____

b) ESAMI EMATICI C/O CONVENZIONATI prenotabili dal portale BCC M.S. (*) 50 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 50% = € _____

(*) Gli esami ematici, prenotati direttamente in struttura sanitaria, verranno rimborsati per il 50% qualora la struttura convenzionata sia presente sul Portale BCC Mutuality Service e permetta la prenotazione degli stessi. Tale possibilità, viene concessa in via straordinaria in quanto per questa tipologia specifica di esami la prenotazione potrebbe risultare difficoltosa per le molteplici nomenclature da ricercare.

3 - CURE FISIOTERAPICHE E RIABILITATIVE - massimale annuo Mutua standard 250 € - Mutua Gold ulteriori € 250,00

C/O CONVENZIONATI 30 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 30% = € _____
 C/O NON convenzionati 10 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 10% = € _____

4 - INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI O IN DAY HOSPITAL

(ricovero senza pernottamento - non finalità estetiche) - massimale annuo Mutua standard 250 € - Mutua Gold ulteriori € 250,00

C/O CONVENZIONATI 50 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 50% = € _____
 C/O NON convenzionati 10 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 10% = € _____

5 - CURE ODONTOIATRICHE - massimale annuo € 150,00 ESCLUSIVO MUTUA GOLD

C/O CONVENZIONATI E NON 50 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 50% = € _____

6 - IGIENE DENTALE - massimale annuo € 100,00 ESCLUSIVO MUTUA GOLD

C/O CONVENZIONATI E NON 60 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 60% = € _____

mediante accredito sul C/C indicato al momento della sottoscrizione, sul quale vengono regolate le quote annuali di adesione.

A norma di regolamento allega la seguente documentazione:

- Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____
 Prescrizione del medico

→ la documentazione può essere trasmessa in fotocopia apponendo la firma del richiedente preceduta da per copia conforme. La Mutua si riserva comunque di poter visionare gli

Data _____ Firma Socio _____

Le ricordiamo che Chianti Mutua ETS tratta i suoi dati personali in ottemperanza con quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") e alla normativa nazionale in materia di trattamento dei dati personali; le ricordiamo, inoltre, che le abbiamo precedentemente fornito l'informativa sul trattamento dei suoi dati personali, che lei ha ricevuto in qualità di associato Chianti Mutua ETS. Qualora volesse prendere visione dell'informativa, la invitiamo a visitare il sito www.chiantimutua.it, alla sezione "documentazione".

2

**RICHIESTA RIMBORSI PER VISITE, ESAMI E CURE
MUTUA GOLD**