

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
CHIANTIMUTUA 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 se 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.

1 - VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE - massimale annuo € 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 € 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 € 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 - VISITE OCULISTICHE C/O CONVENZIONATI - SOLO per i figli minori dei Soci - massimale annuo € 100,00

☐ 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% = € _____

5 - TRATTAMENTI TERMALI C/O CONVENZIONATI - massimale annuo € 250,00

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

6 - SERVIZIO TRASPORTO O TAXI (solo in abbinamento con i rimborsi 1, 2, 3 e 7) - massimale annuo € 100,00

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

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

7 - INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI O IN DAY HOSPITAL

(ricovero senza pernottamento - non finalità estetiche) - massimale annuo € 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% = € _____

8 - AUSILI ORTOPEDICI O SANITARI E APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI ANCHE A NOLEGGIO POST INFORTUNIO O INTERVENTO CHIRURGICO (entro 6 mesi) - massimale annuo € 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% = € _____

mediante accredito sul C/C ChiantiBanca sul quale vengono regolate le quote annuali di adesione.

A norma di regolamento allega la seguente documentazione:

☐ Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____

☐

☐ Prescrizione del medico

Data _____ Firma Socio _____

→ 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

**TICKET
SANITARI
NON
RIMBORSABILI**

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".

ESTRATTO REGOLAMENTO SPECIFICO DIARIE E RIMBORSI MEDICO SANITARI – (In vigore dal 01.01.2026)

ART. 1 – ASSISTITI

Le diarie e i rimborsi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore dei Soci regolarmente iscritti a **ChiantiMutua ETS**, in seguito per brevità denominata **Mutua**.

I familiari dei Soci, intesi come tali i figli minori conviventi e non, sono ammessi ai benefici di cui al presente regolamento nel rispetto dei limiti e delle condizioni esposti in corrispondenza di ciascuna prestazione.

(Omissis)

ART. 3 – LIMITI ALLE DIARIE E RIMBORSI

Premessa:

il sistema *mutualistico* di erogazione di rimborsi sanitari si fonda sulla probabilità *epidemiologica* (modalità d'insorgenza, di diffusione e di frequenza delle malattie in rapporto alle condizioni dell'organismo) che gli associati abbiano bisogno di accedere a prestazioni sanitarie ordinarie (ovvero che rientrano nelle prestazioni del SSN previste dai LEA e dalle linee guida) prescritte da un medico al verificarsi di determinati sintomi o a causa di infortunio e che quindi non abbiano carattere di cronicità.

Pertanto, in via generale non sono rimborsabili le spese per prestazioni sanitarie che non hanno i suddetti requisiti di probabilità epidemiologica, come ad esempio i check up e le visite mediche per certificazioni, o che abbiano carattere di cronicità, ovvero siano prestazioni sanitarie con carattere continuativo come per esempio, trattamenti fisioterapici di mantenimento, visite mediche periodiche di controllo, oppure non rientrino tra quelle ordinarie, come per esempio test genetici o altra diagnostica innovativa,

Più specificatamente le diarie ed i rimborsi non sono dovuti se dipendenti da:

- le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotetici e di implantologia, di prevenzione, chirurgia orale e gnatologia. 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 cure omeopatiche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- le visite per cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, visite psicologiche e trattamenti psicoterapeutici;
- le prestazioni mediche aventi esclusivamente finalità di controllo (come, ad esempio, quelle successive ad un primo accesso);
- 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);
- fatta eccezione per quanto previsto all'Art. 2, comma 3, lettere a) e b), i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- fatta eccezione per quanto previsto all'Art. 2, comma 3, lettere a) e b), le prestazioni mediche relative a 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;
- ausili ortopedici che, seppur prescritti dal medico, vengono acquistati dopo 6 mesi dall'infortunio o intervento chirurgico.
- le cure per malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- 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.
- 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 cure per stati patologici correlati dall'infezione HIV;
- il parto naturale/cesareo e l'aborto;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, ad eccezione dello spermogramma.
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 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 epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- le quarantene;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

(Omissis)

(Omissis)

ART. 6 – TERMINI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

TERMINI

La domanda di rimborso, corredata della necessaria documentazione, dovrà essere presentata entro e non oltre 30 giorni dall'emissione della fattura.

Le domande presentate oltre i termini suindicati non saranno rimborsate.

PROCEDURE

L'erogazione dei rimborsi previsti dal presente regolamento avviene con due distinte modalità in relazione al canale di fruizione utilizzato dal Socio:

- in caso di fruizione delle prestazioni prenotate attraverso il Portale riservato ai Soci, i rimborsi previsti saranno versati in nome e per conto del Socio stesso direttamente alle strutture/operatori sanitari. In tal modo il socio provvederà a pagare per la parte di sua spettanza la fattura, emessa a suo carico per l'importo totale della spesa, mentre la restante parte corrispondente al rimborso, in quanto dovuto e nei limiti dei massimali previsti, verrà versata da ChiantiMutua ETS direttamente alla struttura operatore sanitario che ha emesso la fattura. Il Socio pertanto usufruirà del rimborso previsto al momento del pagamento della prestazione sanitaria e non dovrà quindi procedere a presentare domanda di rimborso tramite la modalità *on line* o cartacea;
- in caso di fruizione delle prestazioni con prenotazione effettuata dal socio direttamente presso la struttura operatore sanitario, dovrà essere presentata apposita richiesta di rimborso con una delle seguenti due modalità:
 - 1) tramite l'apposita procedura web dall'Area Riservata del sito www.chiantimutua.it (**MODALITA' CONSIGLIATA**);
 - 2) tramite gli appositi Moduli di richiesta cartacei scaricabili dal sito che, unitamente ai documenti richiesti, devono essere consegnati in busta chiusa, (indirizzata a ChiantiMutua ETS, Piazza Arti e Mestieri 1, 50026 San Casciano V.Pesa) presso una **delle Filiali ChiantiBanca, che apporrà la data che farà fede per il termine di presentazione**.

La domanda di pagamento deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dalla *Mutua* e firmata dal beneficiario.

RIMBORSI MEDICO SANITARI:

La richiesta di pagamento per il rimborso delle spese sanitarie (**Punti 1,2,3,4,5,7 e 8**) dovrà essere accompagnata da:

- ✓ Prescrizione del medico di base o del medico specialista indicante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione e la fattura pagata per la prestazione medico-sanitaria erogata (visita specialistica, esame clinico, accertamento diagnostico, trattamento fisioterapico o termale, intervento chirurgico, ausili ortopedici o sanitari e apparecchiature elettromedicali anche a noleggio). La prescrizione indicante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione può essere riportata dal medico specialista anche direttamente sulla fattura.

La richiesta di pagamento per il rimborso dei servizi trasporto o Taxi (**Punto 6**) dovrà essere accompagnata da:

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

(Omissis)

(Omissis)

(Omissis)