

Allegato A) Condizioni di Assicurazione

Assicurati e premio

1. Assicurati	[Nucleo da stato di famiglia] Associato del Fondo Pensione Brebanca ovvero dell'Associazione Pensionati Brebanca, coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia, con età non superiore a 80 anni.
2. Premio	Il contributo annuo, versato per il tramite della Cassa di Assistenza Previgem alle Assicurazioni Generali, comprensivo di imposta, per ogni nucleo familiare è stabilito nella misura di €800,00.

Condizioni Normative

(copertura assicurativa valida in tutto il mondo senza la sottoscrizione di alcun questionario anamnestico)

Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
<p>A) 1. In caso di interventi chirurgici, parto cesareo, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento; - assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero; - rette di degenza; - accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse spese alberghiere) effettuate nei 90 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico. <p>A) 2. In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rette di degenza; - accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, cure, medicinali riguardanti il periodo del ricovero; - accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati al di fuori dall'Istituto di cura nei 90 gg precedenti il ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso. <p>A) 3. Parto non cesareo: rimborso spese fino ad un massimo di 1.032,92 €</p>	art.3.A	<p>€51.645,69 per nucleo assicurato ed anno assicurativo.</p> <p><u>Nel caso in cui l'Assicurato subisca un "grande intervento chirurgico" (di cui all'elenco in appendice) il massimale di cui sopra deve intendersi raddoppiato.</u></p> <p>Assistenza Sanitaria Sociale: Trasformabilità della prestazione. Se le spese sono a totale carico della struttura pubblica la società corrisponde una indennità per ogni giorno di ricovero di 51,65 € per persona, per un massimo per persona di 60 gg all'anno. Nel caso di ricovero senza intervento la diaria decorre dall'undicesimo giorno successivo al ricovero.</p>	<p>Scoperto: 25% con min. di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - €2.500 per età fino a 70 anni - € 3.000 per età fino a 80 anni - € 3.500 per età superiore a 80 anni <p><u>Le franchigie non vengono applicate nei casi di "grandi interventi chirurgici"</u></p>

<p>B) Specialistiche Extraospedaliere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amniocentesi - Chemioterapia - Cobaltoterapia - Diagnostica Radiologica - Dialisi - Doppler - Ecografia - Elettrocardiografia - Elettroencefalografia - Laserterapia - Risonanza Magnetica Nucleare - Scintigrafia - TAC - Telecuore <p>(esclusione dei trattamenti relativi alla fecondazione artificiale).</p>	art.3.B	€5.165,00	<p>Scoperto: 20% con min. di € 25,83 per ogni malattia e/o infortunio</p> <p><i>Ticket rimborsabile al 100%</i></p>
<p>C) Anticipo</p> <p>Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, la società corrisponderà – su richiesta dell'Assicurato – l'importo versato a tale titolo entro il 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.</p>	art.3 C		
<p>D) a. Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, protesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - onorari medici per visite specialistiche (escluse visite odontoiatriche ed ortodontiche); - analisi ed esami diagnostici e di laboratorio. <p>D) b. Spese per la fornitura delle lenti anche a contatto – escluse le montature – purché giustificate da prescrizione medica specialistica e/o ottico, in seguito a modifica visus.</p> <p>D) c. Protesi ortopediche e acustiche</p>	art.3.D	<p>€774,69 per anno assicurativo e nucleo familiare assicurato</p> <p>Rimborsate fino a concorrenza di 100,00 €</p> <p>Fino a concorrenza di 2.065,83 per anno assicurativo e nucleo familiare assicurato</p>	<p>Scoperto: 30% con minimo di € 75,00</p> <p><i>Ticket rimborsabile al 100%</i></p> <p>Franchigia € 25,83</p>
<p>E) Accompagnatore</p> <p>Trasporto</p>	art. 3.E	<p>La società nell'ambito delle spese di cui alla lettera A, punti 1 e 2 nonché del massimale e scoperto ivi previsti, rimborsa anche: vitto e pernottamento in istituto di cura o albergo per un accompagnatore dell'Assicurato con limite giornaliero di 51,65 € e massimo per 150 gg; trasporto dell'Assicurato in ambulanza dall'istituto di cura per un massimo di € 516,46 e trasporto dall'estero – treno o aereo - per massimo € 1.032,92.</p>	
<p>F) Reintegro</p>	art. 3.F	<p>L'assicurato può richiedere il reintegro limitatamente alle prestazioni di cui al punto a – art. 3 – della somma assicurata fino al raggiungimento del massimale originario con un premio di 46,49 € per ogni 5.164,57 € di massimale.</p>	

Termini di aspettativa (per coloro che hanno aderito per la prima volta alla polizza assicurativa)	art. 6	L'assicurazione ha effetto a) dalle ore 24 del giorno di decorrenza della garanzia per gli infortuni; b) dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le malattie; c) dal 90° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per l'aborto terapeutico e per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche diagnostiche o curate anteriormente alla stipulazione del contratto.	
---	--------	--	--

APPENDICE

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Resezione dell'esofago cervicale
- Resezione polmonari segmentarie e lobectomia
- Pneumectomia polmonare
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee
- Pericardiectomia parziale
- Pericardiectomia totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei nel cuore
- Interventi per malformazioni congenite del cuore e dei grossi vasi endotoracici
- Commisurotomia per stesosi mitralica
- Legatura e resezione del dotto di Botallo
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne
- Operazioni sull'esofago per tumori: resezioni totali e resezioni parziali basse e alte
- Esofagoplastica
- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Colectomia totale
- Amputazione del retto per via addomino-perineale in uno o più tempi
- Resezione epatica
- Epatico o coledoctomia
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Megacolon: operazione addomino-perineale di Duhamel o Jwenson
- Disarticolazione interscapolo-toracica
- Emipelvectomia
- Cistectomia totale con ureterosigmoidstomia
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureterectomia totale
- Orchiectomia radicale per via addominale per tumori maligni
- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- Laringectomia totale
- Faringolarigectomia
- Trapianto degli organi (sono comprese altresì le spese relative al prelievo)
- Artroprotesi

Spett.le
Generali Italia S.p.A.
C/O CLM Chieti
Via Gorizia, 52/54
66100 CHIETI (CH)

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE

Pensionato

persona assicurata (dipendente o familiare) per la quale si chiede il rimborso:

Cognome e nome data di nascita

- Pensionato
- Familiare fiscalmente a carico
- Familiare fiscalmente non a carico risultante da certificato di STATO DI FAMIGLIA

Per prestazioni erogate nel periodo a seguito di:

- Malattia
- Infortunio
- Altro

AVVERTENZE:

- compilare UNA richiesta separata PER OGNI PERSONA E PER OGNI MALATTIA
- le ricevute di spesa, che devono essere regolari a tutti gli effetti, DEVONO ESSERE allegate in FOTOCOPIA IN DOPPIA COPIA ed elencate singolarmente, possibilmente in ordine cronologico.
- NON TRASMETTERE CON UNICA RICHIESTA, FATTURE RELATIVE A DUE DIFFERENTI ANNUALITA' ASSICURATIVE

N. PROGRESSIVO	DATA FATTURA	PERCETTORE	IMPORTO PAGATO/€
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Il rimborso delle spese sanitarie riguarda somme corrisposte che rientrano tra le prestazioni sottoelencate (deve essere barrata SOLTANTO la singola combinazione di prestazioni assicurative interessata alla richiesta di rimborso):

- RIMBORSO SPESE OSPEDALIERE E CHIRURGICHE
Allegare fotocopia completa della cartella clinica
 - a) Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico in istituto di cura o anche ambulatoriale, Day Hospital con intervento chirurgico
 - b) Ricovero in istituto di cura o Day Hospital senza intervento chirurgico
 - c) Parto non cesareo
 - d) Grande intervento chirurgico (rif. elenco)

- INDENNITA' SOSTITUTIVA/DIARIA DA RICOVERO
- RIMBORSO SPESE EXTRARICOVERO
- VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI E DI LABORATORIO

- CURE E PROTESI DENTARIE
- ESTENSIONE GARANZIA "PACCHETTO DENTARIE" CATEGORIA "DIRIGENTI" –

- LENTI ED OCCHIALI

Varie (eventuali precisazioni del richiedente)

↓

↓

.....
(data)

.....
(firma)

Nel rispetto della normativa vigente, Generali tratterà i miei dati personali contenuti nella presente denuncia con le modalità e procedure – effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici – strettamente necessarie per fornire i servizi assicurativi richiesti anche qualora, a tale fine o per obbligo di legge, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero. Tali dati potranno essere conosciuti da collaboratori di Generali in qualità di Responsabili o di incaricati dei trattamenti suddetti; prendo atto che, per taluni servizi, Generali utilizza società del gruppo o società di sua fiducia che svolge per suo conto, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa. I miei dati non saranno soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art. 196/2003 avrò diritto a conoscere in ogni momento quali sono i miei dati presso Generali e come vengono utilizzati; avrò inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed oppormi al loro trattamento. Prendo atto che il sito www.generali.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy di Generali, tra cui l'elenco aggiornato dei suoi Responsabili.

Prendo atto che Titolare del trattamento è la società GENERALI SPA che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy del Gruppo.

Sulla base di quanto sopra, appongo la mia firma in calce, esprimendo il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla società, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati ed al trattamento da parte di questi ultimi.

↓

↓

.....
(data)

.....
(firma)



Informativa contrattuale vita

Posizione N.
Proposta / Polizza vita N.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari (1), al fine di fornire i servizi assicurativi (2) da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti (3), sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa (4).

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati - alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (5) - non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (6).

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (*Servizio Privacy di Gruppo - Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto - TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235*). Il sito www.generali.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili..

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati - eventualmente anche sensibili - effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data

Nome e cognome dell'/gli interessati/i (*leggibile*)

Firma

NOTE:

- (1) L'art. 4, co. 1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art. 4, co. 1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.
- (2) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione delle prestazioni contrattuali, riassicurazione, coassicurazione, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno.
- (3) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario.
- (4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, attuari, legali e medici fiduciari, pignoratori, vincolatari, società del Gruppo e altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei contratti, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, nonché organismi istituzionali o altri soggetti nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria tra cui Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, ISVAP, Banca d'Italia - UIF, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, concessionarie per la riscossione dei tributi.
- (5) Lo prevede ad esempio la disciplina contro il riciclaggio.
- (6) Questi diritti sono previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

MOD. AGPRY01/05 VITA 2010

Direzione per l'Italia - 31021 Mogliano Veneto, via Marocchese 14 - telefono 041 5492 111 - fax 041 942 909 - sito internet: www.generali.it - e-mail: info@generali.it



Mandato per addebito diretto SEPA

Riferimento del mandato: _____ (da indicare a cura del creditore)

La sottoscrizione del presente mandato comporta:

- (A) l'autorizzazione al Fondo Pensione Complementare per i Dipendenti della Banca Regionale Europea S.p.A. a richiedere alla banca del debitore l'addebito del suo conto;
- (B) l'autorizzazione alla banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Fondo Pensione Complementare per i Dipendenti della Banca Regionale Europea S.p.A.

Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Dati relativi al Debitore

Cognome e Nome / Rag. Sociale	<input type="text"/> Nome del/i debitore/i (*)		
Indirizzo del debitore	<input type="text"/> Via	<input type="text"/> Numero	<input type="text"/>
	<input type="text"/> CAP	<input type="text"/> Località	<input type="text"/> Prov.
	<input type="text"/> CF / PI del/i debitore/i (*)		
Conto di addebito	<input type="text"/> IBAN del titolare del Conto Corrente (*)		

Dati relativi al Creditore

Rag. Sociale	Fondo Pensione Complementare per i Dipendenti della Banca Regionale Europea S.p.A.
Codice identificativo (creditor identifier)	IT660010000096056650045
Sede Legale	Via Roma, 13 – 12100 – Cuneo (CN)

Dati relativi al Sottoscrittore (da compilare obbligatoriamente nel caso in cui il Sottoscrittore e Debitore non coincidano)

Cognome e Nome	<input type="text"/> Nome del sottoscrittore
Codice Fiscale	<input type="text"/> Codice Fiscale del sottoscrittore

Tipologia di pagamento (*)	<input checked="" type="checkbox"/> Ricorrente	<input type="checkbox"/> Singolo
Ogni addebito, come da normativa, sarà preceduto da un avviso (tramite SMS, E-Mail oppure via posta ordinaria) con almeno 14 giorni di anticipo, indicando specificatamente la data di addebito e l'importo dovuto.		
Il rapporto con la banca è regolato dal contratto stipulato dal debitore con la banca stessa. Il sottoscritto debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria banca secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate <u>entro e non oltre 8 settimane</u> a decorrere dalla data di addebito in conto.		

Luogo

Data di sottoscrizione

Firma/e

Nota: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

(*) campi obbligatori

Dati concernenti il rapporto sottostante fra creditore e debitore (a mero scopo informativo).

Codice identificativo del debitore	<input type="text"/> Indicare il codice di riferimento che si vuole che la banca del debitore citi nell'addebito
Soggetto per conto del quale viene effettuato il pagamento (se del caso)	<input type="text"/> Nome della controparte di riferimento del debitore: se si effettua un pagamento relativo a un contratto tra il Fondo Pensione Complementare per i Dipendenti della Banca Regionale Europea S.p.A. e un altro soggetto diverso dal debitore indicato nel presente mandato (ad es. pagamento di fatture intestate a terzi) indicare il nominativo di tale soggetto. Se il pagamento concerne il sottoscrittore lasciare in bianco <input type="text"/> Codice identificativo della controparte di riferimento del debitore
Soggetto per conto del quale il creditore richiede il pagamento (se del caso)	<input type="text"/> Nome della controparte di riferimento del creditore: il creditore deve compilare questo campo se richiede pagamenti per conto di altro soggetto <input type="text"/> Codice identificativo della controparte di riferimento del creditore
Riferimenti del contratto	<input type="text"/> Numero identificativo del contratto sottostante <input type="text"/> Descrizione del contratto

Restituire il modulo debitamente compilato a:

**Fondo Pensione Complementare per i Dipendenti della Banca Regionale Europea S.p.A.
Via Roma, 13 – 12100 – Cuneo (CN)**

E-Mail: fondopensionebrebanca@brebanca.it

Riservato al creditore