

Polizza A	Titolare della polizza	Conviventi o non conviventi risultanti dallo stato di famiglia	Premio annuo € 980,00 (I Premi per le polizze stipulate a partire dal secondo semestre si riducono al 60%)						
	Coniuge fiscalmente a carico								
	Convivente more-uxorio fiscalmente a carico								
	Figli del titolare fino al compimento del 35° anno fiscalmente a carico								
Polizza A	Ogni altro familiare convivente fiscalmente o non fiscalmente a carico	Devono essere assicurati tutti i familiari presenti nel nucleo familiare	Premio annuo per persona € 600,00						
	Titolare della polizza	Conviventi o non conviventi risultanti dallo stato di famiglia	Premio annuo € 750,00						
	Coniuge fiscalmente a carico								
	Convivente more-uxorio fiscalmente a carico								
Figli del titolare fino al compimento del 35° anno fiscalmente a carico									
Polizza B	Ogni altro familiare convivente fiscalmente o non fiscalmente a carico	Devono essere assicurati tutti i familiari presenti nel nucleo familiare	Premio annuo per persona € 350,00						
	Figli del coniuge fino al compimento del 35° anno fiscalmente a carico								
	Figli del titolare fino al compimento del 35° anno fiscalmente a carico								
	Figli del coniuge fino al compimento del 35° anno fiscalmente a carico								
RICOVERO	PRESTAZIONI	STRUTTURA CONVENZIONATA Equipe medica convenzionata		STRUTTURA NON CONVENZIONATA Equipe medica non convenzionata		STRUTTURA CONVENZIONATA Equipe medica non convenzionata		STRUTTURA PUBBLICA Rimborso spese solo in regime di libera professione intramuraria	
IN ISTITUTO DI CURA CON O SENZA INTERVENTO	Pre Ricovero	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B
	Intervento comprese spese per Equipe medica	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B
	Assistenza medica, medicinali, cure	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B
	Rette di degenza	Si	A/B	max € 250,00 gg.	A/B	max € 250,00 gg.	A/B	No	A/B
	Accompagnatore	€ 50,00 x 30 gg.	A/B	€ 50,00 x 30 gg.	A/B	€ 50,00 x 30 gg.	A/B	Si	A/B
	Post Ricovero	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B
	Trasporto sanitario	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B
	Franchigia	€ 400,00 per evento	A/B	20% min € 1.200,00	A/B	15% min € 800,00	A/B	€ 400,00 per evento	A/B
	Massimali annui <b>Interventi/grandi interventi</b>	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B
	Indennità sostitutiva	No	A/B	No	A/B	No	A/B	€ 100,00 gg. con intervento € 50,00 gg. senza intervento	A/B
RICOVERO	PRESTAZIONI	STRUTTURA CONVENZIONATA Equipe medica convenzionata		STRUTTURA NON CONVENZIONATA Equipe medica non convenzionata		STRUTTURA CONVENZIONATA Equipe medica non convenzionata		STRUTTURA PUBBLICA Rimborso spese solo in regime di libera professione intramuraria	
IN DAY-HOSPITAL CON O SENZA INTERVENTO	Pre Ricovero	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B
	Intervento comprese spese per Equipe medica	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B
	Assistenza medica, medicinali, cure	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B
	Rette di degenza	Si	A/B	max € 250,00 gg.	A/B	max € 250,00 gg.	A/B	No	A/B
	Accompagnatore	No	A/B	No	A/B	No	A/B	No	A/B
	Post Ricovero	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B
	Trasporto sanitario	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B
	Franchigia	€ 400,00 per evento	A/B	20% min € 1.200,00	A/B	15% min € 800,00	A/B	€ 400,00 per evento	A/B
	Massimali annui <b>Interventi/grandi interventi</b>	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B
	Indennità sostitutiva	No	A/B	No	A/B	No	A/B	€ 100,00 gg. con intervento € 50,00 gg. senza intervento	A/B

RICOVERO	PRESTAZIONI	STRUTTURA CONVENZIONATA Equipe medica convenzionata		STRUTTURA NON CONVENZIONATA Equipe medica non convenzionata		STRUTTURA CONVENZIONATA Equipe medica non convenzionata		STRUTTURA PUBBLICA Rimborso spese solo in regime di libera professione intramuraria	
IN AMBULATORIO CON INTERVENTO CHIRURGICO	Pre Ricovero	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B
	Intervento comprese spese per Equipe medica	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B
	Assistenza medica, medicinali, cure	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B
	Rette di degenza	No	A/B	No	A/B	No	A/B	No	A/B
	Accompagnatore	No	A/B	No	A/B	No	A/B	No	A/B
	Post Ricovero	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B
	Trasporto sanitario	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B
	Franchigia	No	A/B	€ 400,00 per evento	A/B	€ 400,00 per evento	A/B	No	A/B
	Massimali annui <b>Interventi/grandi interventi</b>	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B
	Indennità sostitutiva	No	A/B	No	A/B	No	A/B	€ 100,00 gg. con intervento € 50,00 gg. senza intervento	A/B
RICOVERO	PRESTAZIONI	STRUTTURA CONVENZIONATA Equipe medica convenzionata		STRUTTURA NON CONVENZIONATA Equipe medica non convenzionata		STRUTTURA CONVENZIONATA Equipe medica non convenzionata		STRUTTURA PUBBLICA Rimborso spese solo in regime di libera professione intramuraria	
TRAPIANTI (Comprese le spese necessarie per il prelievo dal donatore e per il trasporto dell'organo. Se donazione da vivente anche le spese relative al donatore.)	Pre Ricovero	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B
	Intervento comprese spese per Equipe medica	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B
	Assistenza medica, medicinali, cure	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B
	Rette di degenza	Si	A/B	max € 250,00 gg.	A/B	max € 250,00 gg.	A/B	No	A/B
	Accompagnatore	€ 50,00 x 30 gg.	A/B	€ 50,00 x 30 gg.	A/B	€ 50,00 x 30 gg.	A/B	Si	A/B
	Post Ricovero	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B
	Trasporto sanitario	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B
	Franchigia	€ 400,00 per evento	A/B	20% min € 1.200,00	A/B	15% min € 800,00	A/B	€ 400,00 per evento	A/B
	Massimali annui <b>Interventi/grandi interventi</b>	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B	€ 150.000,00 / 300.000,00	A/B
	Indennità sostitutiva	No	A/B	No	A/B	No	A/B	€ 100,00 gg. con intervento € 50,00 gg. senza intervento	A/B
RICOVERO	PRESTAZIONI	STRUTTURA CONVENZIONATA Equipe medica convenzionata		STRUTTURA NON CONVENZIONATA Equipe medica non convenzionata		STRUTTURA CONVENZIONATA Equipe medica non convenzionata		STRUTTURA PUBBLICA Rimborso spese solo in regime di libera professione intramuraria	
PARTO CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO	Pre Ricovero	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B
	Intervento comprese spese per Equipe medica	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B
	Assistenza medica, medicinali, cure	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B
	Rette di degenza	Si	A/B	max € 250,00 gg.	A/B	max € 250,00 gg.	A/B	No	A/B
	Accompagnatore	€ 50,00 x 30 gg.	A/B	€ 50,00 x 30 gg.	A/B	€ 50,00 x 30 gg.	A/B	Si	A/B
	Post Ricovero	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B
	Trasporto sanitario	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B
	Franchigia	€ 400,00 per evento	A/B	20% min € 1.200,00	A/B	15% min € 800,00	A/B	€ 400,00 per evento	A/B
	Massimali annui	€ 2.500,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 2.500,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 2.500,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 2.500,00 Anno/Nucleo	A/B
	Indennità sostitutiva	No	A/B	No	A/B	No	A/B	€ 100,00 gg. con intervento € 50,00 gg. senza intervento	A/B

RICOVERO	PRESTAZIONI	STRUTTURA CONVENZIONATA Equipe medica convenzionata		STRUTTURA NON CONVENZIONATA Equipe medica non convenzionata		STRUTTURA CONVENZIONATA Equipe medica non convenzionata		STRUTTURA PUBBLICA Rimborso spese solo in regime di libera professione intramuraria	
PARTO NATURALE	Pre Ricovero	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B
	Intervento comprese spese per Equipe medica	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B
	Assistenza medica, medicinali, cure	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B	Si	A/B
	Rette di degenza	Si	A/B	max € 250,00 gg.	A/B	max € 250,00 gg.	A/B	No	A/B
	Accompagnatore	€ 50,00 x 30 gg.	A/B	€ 50,00 x 30 gg.	A/B	€ 50,00 x 30 gg.	A/B	Si	A/B
	Post Ricovero	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B	90 gg.	A/B
	Trasporto sanitario	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 3.000,00 Anno/Nucleo	A/B
	Franchigia	€ 400,00 per evento	A/B	20% min € 1.200,00	A/B	15% min € 800,00	A/B	€ 400,00 per evento	A/B
	Massimali annui	€ 1.100,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 1.100,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 1.100,00 Anno/Nucleo	A/B	€ 1.100,00 Anno/Nucleo	A/B
	Indennità sostitutiva	No	A/B	No	A/B	No	A/B	€ 100,00 gg. con intervento € 50,00 gg. senza intervento	A/B
A/B	RIMPATRIO SALMA	Nota bene: in casodi decesso all'estero, durante un ricovero, vengono rimborsate le spese sostenute per il rimpatrio della salma nellimito del massimale RICOVERO							
A/B	ANTICIPO SPESE SANITARIE	Nei casi di ricovero con intervento chirurgico, per i quali è richiesto il pagamento di un anticipo, quest'ultimo viene corrisposto nella misura massima del 50% del massimale garantito, salvo conguaglio a cure ultimate.							
A/B	PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE (Protesi e presidi ortopedici, cinti erniari, busti ortopedici curativi, ausili udito, protesiooculari, ausili fonazione e ausili a mobilità) Sono esclusi, calzature a plantare e corsetteria e busti estetico/formativi	Massimale assicurato € 2.000,00 anno/nucleo franchigia 10% a carico assicurato.							
A/B	ALTA SPECIALIZZAZIONE Vengono rimborsate le seguenti prestazioni extraospedaliere (Angiografia, artrografia, broncografia, cisternografia, cistografia, clisma opaco, colangiografia, colangiografia percutanea, colecistografia, dacriocistografia, defecografia, discografia, ecografia, elettromiografia, fistolografia, flebografia, fluorangiografia, galattografia, isterosalpingografia, linfografia, mammografia, mielografia, pneumoencefalografia, retinografia, risonanza magnetica nucleare, rx esofago, rx tubo digerente, scialografia, scintigrafia, splenoportografia, TAC, tomografia torace, tomografia in genere, tomografia logge renali, tomoxerografia, urografia, vesciculodeferentografia.)	Massimale assicurato € 5.000,00 anno/nucleo franchigia 15% a carico assicurato conunminimo non indennizzabile di € 50,00 per patologia od infortunio.							
A	VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI Conseguenti a malattia od infortunio con esclusione di visite pediatriche, psicologiche, odontoiatriche e trattamenti fisioterapici.	Massimale assicurato € 5.000,00 anno/nucleo franchigia 15% a carico assicurato con un minimo non rimborsabile di € 50,00 per fattura.							
A	CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	Massimale assicurato € 2.000,00 anno/nucleo.							
A	TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO	Massimale assicurato € 1.500,00 anno/nucleo franchigia € 75,00 per ciclo di cura.							
A	LENTI E MONTATURE a seguito di prima prescrizione o modifica del visus	Massimale assicurato € 400,00 anno/nucleo massimo € 150,00 per persona.							