GARANZIE OSPEDALIERE		
Grandi interventi chirurgici (*) - Max Annuo	**€**	**300.000,00**
Ricoveri/Day Hospital con e senza intervento chirurgico ed Interventi Ambulatoriali- Max Annuo	**€**	**150.000,00**
In Network		quota a carico € 700,00/evento - € 250,00 per gli interventi ambulatoriali
Out Network		percentuale di spesa a carico 20%, min. non rimborsabile € 1.500,00 e massimo non rimborsabile € 8.000,00 per evento- 20% per interventi ambulatoriali
Pre ricovero		90 gg
- accertamenti diagnostici e visite specialistiche		Strutture private: percentuale di spesa a carico 20%; ticket: al 100% SI
Durante il ricovero		
- retta di degenza - in/out network		100% In network - € 250 al giorno Out Network
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento		SI
- medicinali ed esami		SI
- cure e assistenza medica		SI
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento		SI
- trattamenti fisioterapici e rieducativi		SI
- retta accompagnatore		max € 60 al giorno massimo 30 gg annui
Post ricovero		120 gg (elevate a 180 gg in caso di Trapianto) Strutture private: percentuale di spesa a carico 20%; ticket: al 100%
- esami diagnostici e visite specialistiche		SI
- prestazioni mediche		SI
- trattamenti fisioterapici e rieducativi		SI
- medicinali (con prescrizione medica)		SI
- cure termali (escluse spese alberghiere)		SI
Altri Interventi Chirurgici Compresi		**al 100%**
- Chirurgia refrattiva - sub max annuo		€ 1.000 per occhio
- Parto Naturale - sub max annuo	€	2.600,00
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo	€	7.500,00
Trasporto - Max Annuo		€ 1.100 Italia e € 2.000 Estero
Rimpatrio della salma - Max Annuo	€	1.600,00
Indennità Sostitutiva		**€ 100,00/notte massimo 150 gg annui (50% dh)**
Spese pre e post		90gg pre e 120 gg post - percentuale di spesa a carico 20% se strutture private e al 100% se ticket
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Alta Diagnostica e terapie (**) - Max Annuo	**€**	**5.000,00**
In Network		quota a carico € 30 per prestazione/ciclo di terapie
Out Network		percentuale di spesa a carico 30%
Ticket SSN		al 100%
Protesi ortopediche e apparecchi acustici - nei limiti del massimale "Alta Duagnostica e Terapie"		***sub massimale annuo € 1.100***
Condizioni di Rimborso		quota a carico € 30,00 per prestazione
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio- Max Annuo	**€**	**1.500,00**
Fisioterapie da infortunio - Sub massimale annuo		***sub-massimale € 500***
In Network e Out Network		percentuale di spesa a carico 30%
Ticket SSN		100%
Cure Oncologiche - Max Annuo	**€**	**6.000,00**
Condizione del rimborso		al 100%
Cure Dentarie (***)- max annuo	**€**	**1.700,00**
In Network e Out Network		tabella
Ticket SSN		al 100%
Cure Dentarie da infortunio- max annuo	**€**	**1.500,00**
Condizione del rimborso		Percentuale di spesa a carico 30% min. non rimborsabile € 50,00 per evento
Ticket SSN		al 100%
Lenti e occhiali - Max Annuo	**€**	**400,00**
Condizione del rimborso		Percentuale di spesa a carico 30% min. non rimborsabile € 50,00 per evento
Fisioterapie seguito gravi Malattie (****) - Max Annuo	**€**	**1.200,00**
In Network e Out Network		percentuale di spesa a carico 30%
Ticket SSN		100%
Pacchetto maternità - Max annuo	**€**	**400,00**
visite di controllo		nel limite del massimale
ecografie		nel limite del massimale
monitoraggio dello sviluppo del feto		nel limite del massimale
analisi di laboratorio		nel limite del massimale

	translucenza nucale	nel limite del massimale
SUSSIDIO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA		
Rimborso spese per Long Term Care		**€ 500,00/mese per una durata massima di 2 anni - solo per il titolare del sussidio**
SOSTEGNO		
Invalidità Permanente da Infortunio Professionale ed Extra Professionale		**max € 30.000,00-solo per il titolare del sussidio**
Contributo Economico in Caso di Morte da Infortunio Professionale ed Extra Professionale		**€ 25.000,00-solo per il titolare del sussidio**
ASSISTENZA H24		**Valida tutto l'anno**
Consulenza Medica Telefonica		**3 volte all'anno**
24 ore su 24		
Invio di un Medico a domicilio		**3 volte all'anno**
Durante le ore notturne o nei giorni festivi		
Invio Ambulanza successivamente al ricovero di primo soccorso		**3 volte all'anno**
trasporto dal luogo dell'infortunio o malattia al più vicino e idoneo centro ospedaliero		*SI*
trasporto dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricovero presso un altro centro ospedaliero		*SI*
rientro al proprio domicilio a seguito dimissioni da un centro ospedaliero a condizioni che, a giudizio del medico curante, l'assistito non possa utilizzare altro mezzo		*SI*
SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE		
Accesso al Network di strutture convenzionate		**SI**
Centrale Salute per Supporto Copertura		**SI**
Tariffe agevolate per la conservazione delle cellule staminali		**SI**
CONTRIBUTI ANNUI		
Contributo Annuo Sussidio SINGLE (COLLETTIVA)	**€**	**990,00**
Contributo aggiuntivo per l'estensione (VOLONTARIA) al Nucleo da stato di	**€**	**1.460,00**