



**CONVENZIONE FEDERAZIONE NAZIONALE DELLE ASSOCIAZIONI DEI PENSIONATI DEL CREDITO
 DOMANDA DI ADESIONE A CARDEA CASSA MUTUA IN QUALITA' DI SOCIO ADERENTE**

Dati del richiedente (i dati contrassegnati da * sono obbligatori)						
* Cognome			* Nome		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
*Luogo di nascita	Prov.	*Data di nascita	Nazionalità	* Codice Fiscale		
*Indirizzo di residenza		*C.A.P.	*Località/Frazione	*Prov.		
*Telefono	*Cellulare	*E-mail a cui saranno inviate tutte le comunicazioni				
Tipo Documento <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> PAT. <input type="checkbox"/> PASS.	Numero Documento	Ente di rilascio	Data di rilascio	Data di scadenza		
Professione						
Piano Sanitario prescelto Singolo / Nucleo			Frazionamento del contributo			
<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> € 724,00 single <input type="checkbox"/> € 1.240,00 nucleo	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> € 1.000,00 single <input type="checkbox"/> € 1.600,00 nucleo	Tipo Frazionamento : _____ (I frazionamenti possibili sono consultabili nelle schede tecniche dei sussidi) In caso di frazionamento è obbligatorio compilare il modello di addebito RID secondo le disposizioni SEPA CORE DIRECT DEBIT su conto corrente bancario. E' possibile il frazionamento mensile solo nel caso in cui le singole rate non siano inferiori ad € 40,00 (quaranta/00).		
<input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> € 1.600,00 single <input type="checkbox"/> € 2.320,00 nucleo	<input type="checkbox"/> Top +	<input type="checkbox"/> € 1.720,00 single <input type="checkbox"/> € 2.560,00 nucleo			
Riepilogo Quote e contributi						
Quota Associativa Annuale Socio Aderente (obbligatoria per le adesioni su base volontaria)					€ 15,00	
Contributo Annuale del Piano Sanitario prescelto (Nucleo/Singolo)					€ _____,00	
TOTALE QUOTE E CONTRIBUTI DA VERSARE						
					€ _____,00	
Modalità di pagamento prescelta						
<input type="checkbox"/> Rid Bancario (Compilare correttamente il modello allegato per pagamento con rid bancario)						
<input type="checkbox"/> Bonifico Bancario intestato a Cardea Cassa Mutua IBAN: IT05A034310325900000564780						
<input type="checkbox"/> Assegno Circolare o Bancario non trasferibile n° _____ intestato a Cardea Cassa Mutua						
Il richiedente chiede di inserire nel sussidio prescelto: <input type="checkbox"/> Se stesso e i propri familiari <input type="checkbox"/> Uno o più dei suoi familiari						
Per la definizione di familiare si veda il regolamento applicativo						
Dati anagrafici dei Familiari da garantire						
Nome	Cognome	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Grado Di parentela	Codice Fiscale	Sussidio Scelto
		____/____/____				
		____/____/____				
		____/____/____				
		____/____/____				
NR Per l'inclusione di figli di età superiore a 26 anni, necessario allegare alla presente autocertificazione del Titolare attestante che il figlio è fiscalmente a carico e convivente						
Dati anagrafici animale d'affezione da garantire						
Nome	Razza	Sesso	Data di Nascita	Colore Mantello	Iscritto all'Anagrafe felina / canina della Regione (indicare Regione)	Codice microchip
Il richiedente dichiara inoltre						
<input type="checkbox"/> Di non avere nessun tipo di malattia progressiva						
<input type="checkbox"/> Di avere le seguenti malattie Pregresse _____						
<input type="checkbox"/> Che i familiari sopra indicati non hanno nessun tipo di malattia progressiva						
<input type="checkbox"/> Che i familiari sopra indicati hanno le seguenti malattie progressiva: _____						
Familiare 1	Familiare 2	Familiare 3	Familiare 4			

Luogo e Data _____

Firma del Richiedente _____



INFORMATIVA PRIVACY
AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. N. 196 DEL 30/06/2003 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Al sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 - "Codice della Privacy" in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti e delle informazioni che La riguardano, sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

1. I dati personali da Lei forniti verranno trattati per:
(a) **finalità istituzionali**, quali la gestione della domanda di ammissione a socio, nonché i diritti, gli obblighi e le attività conseguenti alla qualifica di Socio, a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento di CARDEA CASSA MUTUA; (b) **finalità gestionali**, quali attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), per l'invio di materiale, informativo, pubblicitario e promozionale dell'attività svolta da CARDEA CASSA MUTUA e di organismi convenzionati (invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato, elaborazione di studi e di ricerche di mercato, etc.).
2. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" e come tali idonei a rivelare lo stato di salute. Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dalla normativa vigente, ha le seguenti finalità: (a) valutare le richieste di rimborso spese presentate dall'Associato e provvedere al relativo rimborso, come previsto dal Piano Sanitario prescelto, autorizzare l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta, mediante l'accesso alla Rete Convenzionata di CARDEA CASSA MUTUA e/o del Provider Winsalute S.r.l (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti alla richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dall'Associato o la richiesta di erogazione di prestazioni in forma diretta).
3. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: in relazione alle summenzionate finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti cartacei, informatici, telematici o altri sistemi di telecomunicazione in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati, nonché la piena osservanza della Legge. La presente informativa è resa per i dati forniti direttamente dall'interessato, o raccolti presso terzi o presso pubblici registri, elenchi, atti o documenti, conoscibili nei limiti stabiliti dalle norme sulla loro conoscibilità. Per i dati di natura sensibile (idonei a rivelare lo stato di salute) il trattamento avverrà nei limiti e con le modalità previste dall'Autorizzazione Generale del Garante.
4. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio ai sensi delle vigenti norme, dello Statuto e del Regolamento di CARDEA CASSA MUTUA per porre in essere il rapporto associativo e consentire la gestione del rapporto medesimo. Il mancato conferimento dei dati e della autorizzazione al trattamento può comportare l'impossibilità di garantire le prestazioni oggetto del rapporto associativo.
5. I dati da Lei conferiti non saranno in alcun modo diffusi, salvo i casi indicati ai successivi punti 6 e 7.
6. I Suoi Dati Personali potranno essere comunicati, per le finalità indicate ai punti 1 e 2, ai seguenti soggetti:
- soggetti ai quali la CARDEA CASSA MUTUA può affidare l'espletamento di attività strumentali e connesse al perfezionamento e alla gestione del rapporto associativo, quali Istituti bancari, Associazioni di categoria, A.NA.PRO.M., Società di Mutuo Soccorso, Strutture Sanitarie, Enti di formazione, Tipolografie e Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale informativo di CARDEA CASSA MUTUA o di altri organismi convenzionati o enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte;
- Winsalute S.r.l., ERV, StemWay Biotech, CoopSalute, o altre Società terze alle quali CARDEA CASSA MUTUA può affidare il servizio di gestione delle richieste di rimborso delle spese mediche o la gestione di ulteriori servizi garantiti al proprio Associato;
- altri soggetti terzi, ai fini di adempiere a disposizioni di legge.
I dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per finalità statistica. Possono, altresì, venire a conoscenza dei suoi dati, in qualità di "responsabili" o "incaricati", le persone fisiche quali i dipendenti, i collaboratori, i consulenti, di CARDEA CASSA MUTUA o di Società esterne, comunque riconducibili ai soggetti di cui all'elenco su indicato, e che siano coinvolti da CARDEA CASSA MUTUA nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici)
7. I dati sensibili non saranno comunicati ad altri soggetti, se non agli incaricati del trattamento da parte di CARDEA CASSA MUTUA. Potranno venire a eventuale conoscenza gli Istituti Tesorieri e loro incaricati per le sole operazioni relative ad invio degli assegni o accrediti di importi relativi ai rimborsi dovuti o le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio dell'autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta.
8. In ogni momento, ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003, è Suo diritto:
- ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei suoi dati personali; ricevere indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità con cui verrà effettuato il trattamento;
- avere conoscenza dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i suoi dati sono comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di "responsabili" o "incaricati";
- opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei suoi dati personali, qualora raccolti a fini di informazione commerciale o per il compimento di ricerche di mercato.
9. Il titolare del trattamento è CARDEA CASSA MUTUA, in persona del legale rappresentante pro-tempore, - con sede legale in Via Emanuele Gianturco n. 6, CAP 00196 - ROMA.

Con la sottoscrizione della presente informativa, il richiedente dichiara di aver preso visione della privacy e pertanto:

- Presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali con le modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa.
- Presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.

Luogo e Data _____

Il richiedente _____

IL RICHIEDENTE INOLTRE:

- **Dichiara di aver preso visione dello Statuto** e del Regolamento Applicativo dello Statuto di CARDEA CASSA MUTUA e del Regolamento del Piano Sanitario sottoscritto; si impegna, altresì, ad attenersi a tutte le norme e prescrizioni ivi contenute, nonché a rispettare le previsioni previste dal Piano Sanitario prescelto e che CARDEA CASSA MUTUA mette a disposizione dello stesso. L'efficacia dei sussidi avrà effetto dal giorno di ratifica da parte del CDA di CARDEA CASSA MUTUA ovvero dal giorno della sua iscrizione in libro soci, a fronte del pagamento della quota associativa e del contributo relativo al Piano Sanitario.
- Accetta espressamente che tutte le comunicazioni inerenti il rapporto Associativo, le prestazioni previste nei Sussidi Sanitari prescelti, nonché relative ad eventuali modifiche apportate di cui alla successiva lettera d) vengano inviate all'indirizzo e-mail indicato nel presente modulo di adesione.
- Dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ., di accettare espressamente la seguente clausola "Collegio Arbitrale" di cui allo Statuto: "Le controversie che dovessero insorgere tra CARDEA ed i singoli soci, ovvero tra i soci medesimi, nonché tra gli eredi di un socio defunto e gli altri soci e/o CARDEA, ed ancora le controversie promosse dagli amministratori, sindaci e liquidatori, ovvero instaurate nei loro confronti, connesse più in generale, all'esercizio dell'attività sociale, purché concernente diritti disponibili, saranno deferite ad un Collegio Arbitrale. Ogni parte avrà diritto a designare il proprio arbitro e i due arbitri scelti dalle parti provvederanno a nominare il Presidente del Collegio Arbitrale. In difetto di designazione, il Collegio Arbitrale è nominato dal Presidente del tribunale nella cui circoscrizione ricade la sede. Gli Arbitri decidono secondo diritto. Fermo restando quanto disposto dall'art. 36 D.Lgs. n. 5/03, i soci possono indicare la decisione secondo equità o possono dichiarare il lodo non impugnabile, con riferimento ai soli diritti patrimoniali disponibili. Nello svolgimento della procedura è omessa ogni formalità non necessaria al rispetto del contraddittorio. Gli Arbitri fissano, al momento della costituzione, le regole procedurali cui si atterranno e le comunicano alle parti. Essi, in ogni caso, devono fissare un'apposita udienza di trattazione".
- Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile il richiedente dichiara di accettare espressamente le seguenti condizioni:
a) La qualifica di Socio, nonché l'adesione al Piano Sanitario - qualora prescelto - ha durata di un anno, decorrente dalla data di delibera del CDA di CARDEA successiva alla presentazione della presente Domanda di Adesione; ad ogni scadenza annuale, la qualifica di Socio e l'adesione all'eventuale Piano Sanitario, si intenderanno tacitamente rinnovate, di anno in anno, in mancanza di disdetta, da inviarsi alla sede legale di CARDEA in forma scritta, ed a mezzo raccomandata a.r. o e-mail pec, da inviarsi almeno 60 giorni prima della relativa scadenza annuale; l'erogazione delle prestazioni è in ogni caso subordinata al corretto pagamento della Quota Associativa e del Contributo relativo al Piano Sanitario prescelto.
b) Revoca: il sottoscrittore della domanda di adesione a CARDEA può esercitare il diritto di revoca entro 10 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione della domanda di adesione medesima, inviando lettera raccomandata A/R a CARDEA CASSA MUTUA, Via Emanuele Gianturco n. 6, CAP 00196 - ROMA. Il sottoscrittore aderente, esercitando il diritto di revoca entro il termine sopra indicato, ha diritto al rimborso degli importi versati a CARDEA, a titolo di quota associativa annuale e di contributo relativo al Piano Sanitario scelto. Per l'operazione di rimborso, CARDEA CASSA MUTUA storerà dall'importo dovuto il costo relativo all'operazione bancaria da effettuarsi, determinato in € 1,50. In ogni caso il diritto di revoca di cui sopra è riconosciuto al Socio unicamente al momento della presentazione della prima domanda di ammissione; è pertanto preclusa la revoca al momento del rinnovo annuale della qualifica di socio o del Piano Sanitario prescelto.
c) Il Consiglio di Amministrazione di CARDEA CASSA MUTUA a tutela degli interessi di tutti i suoi Soci ha facoltà di deliberare unilateralmente:
- modifiche al Regolamento Attuale dello Statuto di CARDEA CASSA MUTUA;
- variazioni del Contributo annuale per l'adesione ai Piani Sanitari;
- variazioni della Quota Associativa annuale per l'adesione a CARDEA CASSA MUTUA;
- modifiche relative alle prestazioni sanitarie individuate nei Piani Sanitari nonché alle condizioni di erogazione dei rimborsi (es. quote di spese a carico, massimali, aggiornamento elenchi prestazioni di alta diagnostica, etc.).
In ogni caso, le variazioni di cui sopra:
- saranno comunicate a tutti gli Associati mediante l'invio di apposita comunicazione all'indirizzo email indicato nel presente modulo di adesione almeno 90 giorni prima della data in cui avranno effetto le modifiche apportate;
- avranno effetto dal 1° giorno della successiva annualità di adesione (es. in caso di adesione scadente il 31/12/2015, le variazioni si intenderanno decorrenti dal 01/01/2016) salvo non sia disposto e comunicato diversamente.
- d) Spese aggiuntive: Per ogni versamento della quota associativa, a mezzo RID bancario, non andato a buon fine, CARDEA CASSA MUTUA si riserva la facoltà di richiedere il pagamento di € 2,60, comprensivo di € 1,70 per lo storno RID ed € 0,90 per la richiesta di nuovo addebito.

Luogo e Data _____

Il richiedente _____

DATI BANCARI PER EVENTUALI RIMBORSI SPESE MEDICHE

IBAN del titolare : _____

Banca di appoggio : _____

Intestatario del Conto Corrente : _____

Indirizzo : _____ n° _____ C.A.P. _____ Città _____

Provincia : _____ Email (per eventuali comunicazioni sul rimborso) _____

Luogo e Data _____

Il richiedente _____



AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT ⁽¹⁾

RIFERIMENTO MANDATO (2)

Cod. Azienda Sia Cod. assegnato dall'Azienda creditrice al debitore

B	G	V	V	1			
---	---	---	---	---	--	--	--

Da compilare a cure del Creditore

DATI IDENTIFICATIVI DEL CREDITORE	
Ragione Sociale	Cardea Cassa Mutua
Sele Legale	Via Emanuele Gianturco, 6 - 00196 - Roma Italia
Codice Identificativo del Creditore	IT340010000097661290581

DATI IDENTIFICATIVI DEL DEBITORE (Intestatario del conto corrente)																							
Ragione Sociale																							
Sele Legale																							
Codice Identificativo del Creditore																							
Codice IBAN del conto corrente																							
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
Codice Paese	CIN IBAN	CIN	ABI			CAB			Numero di conto corrente														
(Il campo deve contenere 12 caratteri)																							

Il Sottoscritto Debitore autorizza il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato addebiti in via continuativa ed il Prestatore di Servizi di Pagamento (di seguito "PSP") ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore. Il rapporto con il PSP è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con il PSP stesso.
Il Debitore ha facoltà di richiedere al PSP il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto stabilito nel suddetto contratto: eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito. (3)

DATI IDENTIFICATIVI DEL SOTTOSCRITTORE (da compilare solo se il sottoscrittore non coincide con il titolare del conto corrente)											
Cognome e Nome											
Codice Fiscale/Partita I.V.A.											

Luogo _____ Data _____ Firma del Debitore _____

REVOCA											
Il debitore revoca l'autorizzazione permanente di addebito in c/cv sopra riportata, relativa agli addebiti diretti RID inviati dall'Azienda creditrice e contrassegnati con le coordinate dell'Azienda creditrice o aggiornate d'iniziativa dell'Azienda stessa.											
Luogo _____						Data _____					
Firma del Debitore _____											

N.B. : I diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla banca

RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A: Cardea Cassa Mutua - Via Emanuele Gianturco, 6 – 00196 – Roma e al Prestatore di Servizi di Pagamento (PSP)	RISERVATO AL CREDITORE
---	------------------------

Note

- 1) La presente autorizzazione permanente di addebito in conto corrente è subordinata all'acettazione da parte del Prestatore di Servizi di Pagamento (PSP) del Debitore.
- 2) Il codice di Riferimento Mandato è un codice univoco fornito da Cardea Cassa Mutua al Debitore in fase di sottoscrizione della domanda di adesione.
- 3) A titolo esemplificativo, possono essere PSP le banche, Poste Italiane S.p.A., gli istituti di moneta elettronica e gli istituti di pagamento autorizzati.
- 4) Nel caso di c/c intestato a persona giuridica il sottoscrittore coincide con il soggetto delegato ad operare sul conto. Nel caso di c/c intestato a persona fisica il sottoscrittore coincide con il titolare medesimo ovvero con il soggetto delegato ad operare sullo stesso.

CONVENZIONE	
GARANZIE OSPEDALIERE	
	BASI
Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo	€ 50.000,00
In Network	al 100%
Out Network	percentuale di spesa a carico 10%, min. non indennizzabile 1.000 e max € 5.000 per evento per parte in network come da "In Network", per la parte out network come da "Out Network" per evento
Misto	
Pre ricovero (ed eventuale massimale)	90 gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche	SI
Durante il ricovero	
- retta di degenza - in network	al 100%
- retta di degenza - out network	max € 150/g
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento	si
- medicinali ed esami	si
- assistenza medica ed infermeristica	si
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento	si
- trattamenti fisioterapici e rieducativi	si
- retta accompagnatore	€ 50 max 20gg
Post ricovero	90gg
- 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
- assistenza infermeristica a domicilio (post intervento) e relativo limite	€ 26 max 40 gg annui
Indennità Sostitutiva SSN (escluse pre/post)	€ 100 max 90 gg
Indennità Integrativa SSN (incluse pre/post)	€ 50 max 45 gg
al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste)	
Altri Interventi Chirurgici Compresi	
- Parto Naturale - sub max annuo	€ 1.500, no spese pre/post
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo	€ 2.000, no spese pre/post
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	€ 750, previste spese pre e post
- Cellule Staminali - sub max anno dell'agranzia "parto"	€ 1.500
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica (*) - Max Annuo	€ 1.200
In Network (forma diretta e indiretta)	percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile 30 per prestazione
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile 60 per prestazione
- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare)- sub max annuo	€ 100
In Forma indiretta	al 100%
Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo	€ 1.000
- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.	
In Network (forma diretta e indiretta)	percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile 30 per prestazione
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile 60 per prestazione
Ticket Alta diagnostica, Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici (esclusi controlli di routine)	al 100%, sub max annuo € 300
Cure Odontoiatriche - max annuo	€ 100
Percentuale Spesa a carico	20% min. non indennizzabile € 40 per prestazione
SOSTEGNO (solo NUCLEO)	
Sostegno economico per perdita anno scolastico (solo post-intervento chirurgico)	€ 500
Sussidio ai superstiti in caso di premorienza del socio (solo sussidio Nucleo)	€ 500
SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE	
Centrale Salute per Supporto Copertura	SI
Assistenza h24 7 giorni su 7 (Consulenza medica, invio Ambulanza, invio Medico a domicilio)	SI
Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)	SI
Contributo Annuo Sussidio SINGLE	€ 724,00
Quota Associativa Annuo	+ € 15
RATEIZZAZIONE MENSILE	
Rata I trimestre - Copertura SINGLE	€ 199,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura SINGLE	€ 60,00
RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE	
Rata I trimestre - Copertura SINGLE	€ 196,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura SINGLE	€ 181,00
RATEIZZAZIONE SEMESTRALE	
Rata I semestre - Copertura SINGLE	€ 377,00
Rata II semestre - Copertura SINGLE	€ 362,00
Contributo Annuo Sussidio NUCLEO	€ 1.240,00
Quota Associativa Annuo	€ 15,00
RATEIZZAZIONE MENSILE	
Rata I trimestre - Copertura NUCLEO	€ 328,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura NUCLEO	€ 103,00
RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE	
Rata I trimestre - Copertura NUCLEO	€ 325,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura NUCLEO	€ 310,00
RATEIZZAZIONE SEMESTRALE	
Rata I semestre - Copertura NUCLEO	€ 635,00
Rata II semestre - Copertura NUCLEO	€ 620,00

CONVENZIONE

GARANZIE OSPEDALIERE		ANNO
Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo		€ 100.000,00
In Network		al 100%
Out Network	percentuale di spesa a carico 10%, min. non indennizzabile	€
	1.000 e max € 3.000 per evento	
Misto	per parte in network come da "In Network", per la parte out network come da "Out Network" per evento	
Pre ricovero (ed eventuale massimale)		90 gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche		SI
Durante il ricovero		
- retta di degenza - in network		al 100%
- retta di degenza - out network		max € 150/gg
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento		SI
- medicinali ed esami		SI
- assistenza medica ed infermeristica		SI
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento		SI
- trattamenti fisioterapici e rieducativi		SI
- retta accompagnatore		€ 50 max 20gg
Post ricovero		90gg
- 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
- assistenza infermeristica a domicilio (post intervento) e relativo limite		€ 26 max 40 gg annui
Indennità Sostitutiva SSN (escluse pre/post)		€ 120 max 90 gg
Indennità Integrativa SSN (include pre/post)		€ 60 max 45 gg
Altri Interventi Chirurgici Compresi	al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste)	
- Day Hospital/Day Surgery - sub max annuo		€ 4.000- previste spese pre e post
- Parto Naturale - sub max annuo		€ 2.000, no spese pre/post
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo		€ 2.500, no spese pre/post
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo		€ 1.500, previste spese pre e post
- Cellule Staminali - sub max anno dell'agranzia "parto"		€ 1.500
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Alta Diagnostica (*) - Max Annuo		€ 3.500
In Network (forma diretta e indiretta)	percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile	€
	30 per prestazione	
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile	€
	60 per prestazione	
- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare) - sub max annuo		€ 100
In Forma indiretta		al 100%
Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo		€ 2.000
<i>- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.</i>		
In Network (forma diretta e indiretta)	percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile	€
	30 per prestazione	
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile	€
	60 per prestazione	
Ticket Alta diagnostica, Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici (esclusi controlli di routine)		al 100%, sub max annuo € 700
Cura Odontoiatriche - max annuo		€ 150
Percentuale Spesa a carico	20% min. non indennizzabile	€ 40 per prestazione
PREVENZIONE		
Pacchetto gravidanza - Max annuo		€ 150
Rimborso Ticket Check Up prostatico/Mammario - Max annuo		€ 100, quota spesa a carico € 20 per evento
SOSTEGNO (solo NUCLEO)		
Sostegno economico per perdita anno scolastico (solo post-intervento chirurgico)		€ 1.000
Sussidio ai superstiti in caso di premorienza del socio (solo sussidio Nucleo)		€ 1.000
SERVIZI E ASSISTENZA I DI CENTRALE SALUTE		
Centrale Salute per Supporto Copertura		SI
Assistenza h24 7 giorni su 7 (Consulenza medica, invio Ambulanza, invio Medico a domicilio)		SI
Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)		SI
Contributo Annuo Sussidio SINGLE		€ 1.000,00
<i>Quota Associativa Annua</i>		<i>+ € 15</i>
RATEIZZAZIONE MENSILE		
Rata I trimestre - Copertura SINGLE		€ 268,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura SINGLE		€ 83,00
RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE		
Rata I trimestre - Copertura SINGLE		€ 265,00
Rata Mensile II-III-IV Trimestre - Copertura SINGLE		€ 250,00
RATEIZZAZIONE SEMESTRALE		
Rata I semestre - Copertura SINGLE		€ 515,00
Rata II semestre - Copertura SINGLE		€ 500,00
Contributo Annuo Sussidio NUCLEO		€ 1.600,00
<i>Quota Associativa Annua</i>		<i>€ 15,00</i>
RATEIZZAZIONE MENSILE		
Rata I trimestre - Copertura NUCLEO		€ 418,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura NUCLEO		€ 133,00
RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE		
Rata I trimestre - Copertura NUCLEO		€ 415,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura NUCLEO		€ 400,00
RATEIZZAZIONE SEMESTRALE		
Rata I semestre - Copertura NUCLEO		€ 815,00
Rata II semestre - Copertura NUCLEO		€ 800,00

CONVENZIONE

GARANZIE OSPEDALIERE		TOP
Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo		€ 200.000,00
In Network		al 100%
Out Network	percentuale di spesa a carico 10%, min. non indennizzabile 1.000 e max € 3.000 per evento	€
Misto	per la parte in network come da "In Network", per la parte out network come da "Out Network" per evento	
Pre ricovero (ed eventuale massimale)		90 gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche		SI
Durante il ricovero		
- retta di degenza - in network		al 100%
- retta di degenza - out network		max € 200/g
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento		si
- medicinali ed esami		si
- assistenza medica ed infermeristica		si
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento		si
- trattamenti fisioterapici e rieducativi		si
- retta accompagnatore		€ 50 max 20gg
Post ricovero		90gg
- 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
- assistenza infermeristica a domicilio (post intervento) e relativo limite		€ 26 max 40 gg annui
Indennità Sostitutiva SSN (escluse pre/post)		€ 150 max 90 gg
Indennità Integrativa SSN (incluse pre/post)		€ 75 max 45 gg
Altri Interventi Chirurgici Compresi		al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste)
- Day Hospital/Day Surgery - sub max annuo		€ 6.000, previste spese pre e post
- Parto Naturale - sub max annuo		€ 2.500, no spese pre/post
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo		€ 3.000, no spese pre/post
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo		€ 2.000, previste spese pre e post
- Cellule Staminali - sub max anno dell'agranzia "parto"		€ 2.000
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Alta Diagnostica (*) - Max Annuo		€ 5.000
In Network (forma diretta e indiretta)	percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile 30 per prestazione	€
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile 60 per prestazione	€
- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare) - sub max annuo		€ 100
In Forma indiretta		al 100%
Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo		€ 3.000
- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.		
In Network (forma diretta e indiretta)	percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile 30 per prestazione	€
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile 60 per prestazione	€
Ticket Alta diagnostica, Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici (esclusi controlli di routine)		al 100%, sub max annuo € 1.200
Cure Odontoiatriche - max annuo		€ 500
Percentuale Spesa a carico	20% min. non indennizzabile € 40 per prestazione	
Lenti da vista/Lenti a contatto - max annuo		€ 200
Percentuale Spesa a carico	20% min. non indennizzabile € 40 per evento	
PREVENZIONE		
Pacchetto gravidanza - Max annuo		€ 200
Rimborso Ticket Check Up prostatico/Mammario - Max annuo		€ 150, quota spesa a carico € 20 per evento
SOSTEGNO (solo NUCLEO)		
Sostegno economico per perdita anno scolastico (solo post-intervento chirurgico)		€ 1.500
Sussidio ai superstiti in caso di premorienza del socio (solo sussidio Nucleo)		€ 1.500
SERVIZI E ASSISTENZA I DI CENTRALE SALUTE		
Centrale Salute per Supporto Copertura		SI
Assistenza h24 7 giorni su 7 (Consulenza medica, invio Ambulanza, invio Medico a domicilio)		SI
Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)		SI
Contributo Annuo Sussidio SINGLE		€ 1.600,00
Quota Associativa Annuo		+ € 15
RATEIZZAZIONE MENSILE		
Rata I trimestre - Copertura SINGLE		€ 418,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura SINGLE		€ 133,00
RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE		
Rata I trimestre - Copertura SINGLE		€ 415,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura SINGLE		€ 400,00
RATEIZZAZIONE SEMESTRALE		
Rata I semestre - Copertura SINGLE		€ 815,00
Rata II semestre - Copertura SINGLE		€ 800,00
Contributo Annuo Sussidio NUCLEO		€ 2.320,00
Quota Associativa Annuo		€ 15,00
RATEIZZAZIONE MENSILE		
Rata I trimestre - Copertura NUCLEO		€ 598,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura NUCLEO		€ 193,00
RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE		
Rata I trimestre - Copertura NUCLEO		€ 595,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura NUCLEO		€ 580,00
RATEIZZAZIONE SEMESTRALE		
Rata I semestre - Copertura NUCLEO		€ 1.175,00
Rata II semestre - Copertura NUCLEO		€ 1.160,00

R

CONVENZIONE

GARANZIE OSPEDALIERE		TOP +
Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo		€ 200.000,00
In Network		al 100%
Out Network	percentuale di spesa a carico 10%, min. non indennizzabile € 1.000 e max € 3.000 per evento	
Misto	per la parte in network come da "In Network", per la parte out network come da "Out Network" per evento	
Pre ricovero (ed eventuale massimale)		90 gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche		SI
Durante il ricovero		
- retta di degenza - in network		al 100%
- retta di degenza - out network		max € 200/g
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento		si
- medicinali ed esami		si
- assistenza medica ed infermeristica		si
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento		si
- trattamenti fisioterapici e rieducativi		si
- retta accompagnatore		€ 50 max 20gg
Post ricovero		90gg
- 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
- assistenza infermeristica a domicilio (post intervento) e relativo limite		€ 26 max 40 gg annui
Indennità Sostitutiva SSN (escluse pre/post)		€ 150 max 90 gg
Indennità Integrativa SSN (Include pre/post)		€ 75 max 45 gg
Altri Interventi Chirurgici Compresi	al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste)	
- Day Hospital/Day Surgery - sub max annuo		€ 6.000, previste spese pre e post
- Parto Naturale - sub max annuo		€ 2.500, no spese pre/post
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo		€ 3.000, no spese pre/post
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo		€ 2.000, previste spese pre e post
- Cellule Staminali - sub max anno dell'agranzia "parto"		€ 2.000
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Alta Diagnostica (*) - Max Annuo		€ 5.000
In Network (forma diretta e indiretta)	percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile	
Out Network	€ 30 per prestazione	
- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare)- sub max annuo	percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile	
In Forma indiretta	€ 60 per prestazione	
Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo		€ 3.000
- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.		
In Network (forma diretta e indiretta)	percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile	
Out Network	30 per prestazione	
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile	
Out Network	€ 60 per prestazione	
Ticket Alta diagnostica, Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici (esclusi controlli di routine)		al 100%, sub max annuo € 1.200
Cure Odontoiatriche - max annuo		€ 500
Percentuale Spesa a carico	20% min. non indennizzabile € 40 per prestazione	
Lenti da vista/Lenti a contatto - max annuo		€ 200
Percentuale Spesa a carico	20% min. non indennizzabile € 40 per evento	
Cure oncologiche - max annuo		€ 2.500
In/Out Network		al 100%
Ticket		al 100%
PREVENZIONE		
Pacchetto gravidanza - Max annuo		€ 200
Rimborso Ticket Check Up prostatico/Mammario - Max annuo		€ 150, quota spesa a carico € 20 per evento
SOSTEGNO (solo NUCLEO)		
Sostegno economico per perdita anno scolastico (solo post-intervento chirurgico)		€ 1.500
Sussidio ai superstiti in caso di premorienza del socio (solo sussidio Nucleo)		€ 1.500
SERVIZI E ASSISTENZA I DI CENTRALE SALUTE		
Centrale Salute per Supporto Copertura		SI
Assistenza h24 7 giorni su 7 (Consulenza medica, Invio Ambulanza, invio Medico a domicilio)		SI
Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)		SI
Contributo Annuo Sussidio SINGLE		€ 1.720,00
Quota Associativa Annuo		+ € 15
RATEIZZAZIONE MENSILE		
Rata I trimestre - Copertura SINGLE		€ 448,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura SINGLE		€ 143,00
RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE		
Rata I trimestre - Copertura SINGLE		€ 445,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura SINGLE		€ 430,00
RATEIZZAZIONE SEMESTRALE		
Rata I semestre - Copertura SINGLE		€ 875,00
Rata II semestre - Copertura SINGLE		€ 860,00
Contributo Annuo Sussidio NUCLEO		€ 2.560,00
Quota Associativa Annuo		+ € 15
RATEIZZAZIONE MENSILE		
Rata I trimestre - Copertura NUCLEO		€ 658,00
Rata Mensile dal IV al XII mese - Copertura NUCLEO		€ 213,00
RATEIZZAZIONE TRIMESTRALE		
Rata I trimestre - Copertura NUCLEO		€ 655,00
Rata Mensile II-III-IV trimestre - Copertura NUCLEO		€ 640,00
RATEIZZAZIONE SEMESTRALE		
Rata I semestre - Copertura NUCLEO		€ 1.295,00
Rata II semestre - Copertura NUCLEO		€ 1.280,00

R

- (*) Alta Diagnostica

- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Chemioterapia
- Cistografia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Dialisi
- Diagnostica radiologica
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- Ecografia
- EGDS (esofago scopia + gastroscopia + duodenoscopia)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Flebografia
- Gastroscopia
- Mammografia
- Mielografia
- Radionefrogramma
- Rettoscopia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- Telecuore
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Urografia