ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Sussidio con limite di età a 66 anni - Rinnovabile anche quando superato	**SALUS A CN**	**SALUS B CN**
GARANZIE OSPEDALIERE		
Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo	**€ 50.000**	**€ 100.000**
Pre ricovero	**90 gg**	
Accertamenti diagnostici e visite specialistiche	SI	
Condizioni di rimborso	**al 100% In Network e Ticket SSN - al 90% Out Network**	
Durante il ricovero		
Retta di degenza - in network	al 100%	
Retta di degenza - out network	max € 250/g - raddoppiata in caso di terapia intensiva	
Prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento	SI	
Medicinali ed esami	SI	
Cure ed assistenza medica	SI	
Apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento	SI	
Trattamenti fisioterapici e rieducativi	SI	
Retta accompagnatore	€ 50/giorno max 20gg annui	
	Assistenza Diretta: nessuna quota a carico del Socio	
Condizioni di rimborso	**Assistenza Indiretta in Network: quota a carico pari al 10%**	
	Autorizzazione Indiretta fuori Network: quota a carico pari al 20%	
Post ricovero	90 gg	
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 infermieristica a domicilio (post intervento)	€ 26/giorno max 40 gg annui	
Condizioni di rimborso	**al 100% In Network e Ticket SSN - al 90% Out Network**	
Altri Eventi Compresi	**Al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste)**	
Day Hospital/Day Surgery - sub max annuo	€ 2.000- previste spese pre e post	€ 4.000- previste spese pre e post
Parto Naturale - sub max annuo	€ 1.500, no spese pre/post	€ 2.000, no spese pre/post
Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo	€ 2.000, no spese pre/post	€ 2.500, no spese pre/post
Chirurgia refrattiva - sub max annuo	€ 1.000,00 per occhio - previste spese pre e post	
Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	€ 750- previste spese pre e post	€ 1.500- previste spese pre e post
Cellule Staminali - sub max anno della garanzia "parto"	€ 1.500,00	
Trasporto Sanitario - sub max annuo	€ 1.100 in Italia . € 2.000 all'Estero	
Diaria sostitutiva (escluse pre/post)	**€ 100/giorno max 90 gg annui**	**€ 120/giorno max 90 gg annui**
Diaria integrativa (incluse pre/post)	**€ 50/g max 45gg annui, pre e post 90gg**	**€ 60/g max 45gg annui, pre e post 90gg**
	spese pre/post: nei sublimiti previsti. al 100% in network o SSN, al 90% se out network	
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Alta Diagnostica e Terapie - Max Annuo	€ 1200	€ 3500
In Network	% spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 30 per prestazione/ciclo di terapia	

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Out Network	% spesa a carico 20% min. non rimborsabile € 60 per prestazione/ciclo di terapia	
Alta Diagnostica x Animale Domestico (Nucleo Fam) - sub max annuo	**€ 100**	
Condizioni di rimborso	al 100%	
Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo	**€ 1.000**	**€ 2.000**
Escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.		
In Network	percentuale spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 30 per prestazione	
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non rimborsabile € 60 per prestazione	
Ticket Alta diagnostica, Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici (esclusi controlli di routine)	**al 100%, nei limiti dei massimali**	
Cure odontoiatriche - max Annuo	€ 100	€ 150
In Network	percentuale a carico 10%	
Out Network	percentuale a carico 20%	
Ticket SSN	al 100%	
PREVENZIONE		
Pacchetto gravidanza - Max annuo		€ 150,00
Rimborso ticket Check Up Prostatico/Mammario - Max Annuo		€ 100, quota spesa a carico € 20 x evento
SOSTEGNO (solo NUCLEO)		
Sostegno economico per perdita anno scolastico post intervento chirurgico	€ 500	€ 1.000
Sussidio ai superstiti in caso di premorienza del Socio (solo Sussidio Nucleo)	€ 500	€ 1.000
SOSTEGNO per Non Autosufficienza		
Rimborso Spese per Stato di Non Autosufficienza (solo al titolare)	**max €100/mese, max 12 mesi**	**max €150/mese, max 12 mesi**
SERVIZI E ASSISTENZA CENTRALE SALUTE		
Centrale Salute per Supporto Copertura	SI	
CONTRIBUTI	**Single - Nucleo**	**Single - Nucleo**
Contributo annuo	**€ 684 € 1200**	**€ 960 € 1560**
Contributo annuo aggiuntivo per Assistenza di Base	**€ 40**	**€ 40**
Quota associativa (una tantum)	**€ 25**	**€ 25**

ALTA DIAGNOSTICA: Angiografia, Broncoscopia, Cistografia o Cistoscopia, Coronarografia, Ecocolordoppler cardiaco, Ecocolordoppler vascolare, Elettroencefalogramma, Esofagogastroduodenoscopia, Isterosalpingografia, Mammografia, Mammotome (agobiopsia mammaria stereotassica), Mielografia, Pancolonscopia, Risonanza magnetica Nucleare (RMN), Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo Tomografia assiale computerizzata (TAC) Tomografia ad emissione di Positroni (PET), Urografia
TERAPIE Dialisi, Chemioterapia, Radioterapia, Laserterapia

Possibilità di pagamento in dodici rate mensili con addebito in conto corrente.

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Sussidio con limite di età a 66 anni - Rinnovabile anche quando superato	**SALUS A LIGHT CN**	**SALUS B LIGHT CN**
GARANZIE OSPEDALIERE		
Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo	**€ 50.000**	**€ 100.000**
Pre ricovero	**90 gg sub massimale unico pre e post**	
sub massimale	**€ 1.000**	**€ 1.200**
Accertamenti diagnostici e visite specialistiche	SI	
Condizioni di rimborso	**al 100% In Network e Ticket SSN - al 90% Out Network**	
Durante il ricovero		
Retta di degenza - in network	al 100%	
Retta di degenza - out network	max € 250/g - raddoppiata in caso di terapia intensiva	
Prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento	SI	
Medicinali ed esami	SI	
Cure ed assistenza medica	SI	
Apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento	SI	
Trattamenti fisioterapici e rieducativi	SI	
Retta accompagnatore	€ 50/giorno max 20gg annui	
	Assistenza Diretta: nessuna quota a carico del Socio	
Condizioni di rimborso	**Assistenza Indiretta in Network: quota a carico pari al 10%**	
	Autorizzazione Indiretta fuori Network: quota a carico pari al 20%	
Post ricovero	**90 gg sub massimale unico pre e post**	
Sub massimale	**€ 1.000**	**€ 1.200**
Esami diagnostici e visite specialistiche	SI	
Prestazioni mediche	SI	
Trattamenti fisioterapici e rieducativi - sub massimale	€ 150 per ricovero	€ 180 per ricovero
Medicinali (con prescrizione medica)	€ 100 per ricovero	€ 125 per ricovero
Cure termali (escluse spese alberghiere)	SI	
Assistenza infermieristica a domicilio (post intervento)	€ 26/giorno max 40 gg annui	
Condizioni di rimborso	**al 100% In Network e Ticket SSN - al 90% Out Network**	
Sottolimiti per alcuni Ricoveri con Intervento Chirurgico	**In caso di autorizzazione Indiretta fuori Network**	
Comprese spese pre e post: - Appendicectomia - Interventi al naso (salvo infortuni documentati) Ernie (escluse ernie discali vertebrali) - Colecistectomia - Meniscectomia - Legamenti crociati	Sub Massimale annuo € 4.000 omnicomprensivo per tipologia d'intervento	
Altri Eventi Compresi	**Al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste)**	
Day Hospital/Day Surgery - sub max annuo	€ 2.000 - spese pre e post	€ 4.000 - spese pre e post
Parto Naturale - sub max annuo	€ 1.500, no spese pre/post	€ 2.000, no spese pre/post
Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo	€ 2.000, no spese pre/post	€ 2.500, no spese pre/post
Chirurgia refrattiva - sub max annuo	€ 1.000,00 per occhio - spese pre e post	
Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	€ 750 - spese pre e post	€ 1.500 - spese pre e post
Cellule Staminali - sub max anno della garanzia "parto"	€ 1.500,00	
Trasporto Sanitario - sub max annuo	€ 1.100 in Italia - € 2.000 all'Estero	
Diaria sostitutiva (escluse pre/post)	**€ 100/giorno max 90 gg annui**	**€ 120/giorno max 90 gg annui**
Diaria integrativa (incluse pre/post)	**€ 50/g max 45gg annui,**	**€ 60/g max 45gg annui,**

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

	pre e post 90gg	pre e post 90gg
	Spese pre/post: nei sublimiti previsti. al 100% in network o SSN, al 90% se out network	
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Alta Diagnostica e Terapie - Max Annuo	€ 1.200	€ 3.500
In Network	% spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 30 per prestazione	
Out Network	% spesa a carico 20% min. non rimborsabile € 60 per prestazione	
Alta Diagnostica x Animale Domestico (Nucleo Fam) - sub max annuo	**€ 100**	
Condizioni di rimborso	al 100%	
Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo	**€ 1.000**	**€ 2.000**
Escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.		
In Network	percentuale spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 30 per prestazione	
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non rimborsabile € 60 per prestazione	
Ticket Alta diagnostica, Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici (esclusi controlli di routine)	**al 100%, nei limiti dei massimali**	
Cure odontoiatriche - max Annuo	€ 100	€ 150
In Network	percentuale a carico 10%	
Out Network	percentuale a carico 20%	
Ticket SSN	al 100%	
PREVENZIONE		
Pacchetto gravidanza - Max annuo		€ 150,00
Rimborso ticket Check Up Prostatico/Mammario - Max Annuo		€ 100, quota spesa a carico € 20 x evento
SOSTEGNO (solo NUCLEO)		
Sostegno economico per perdita anno scolastico post intervento chirurgico	€ 500	€ 1.000
Sussidio ai superstiti in caso di premorienza del Socio (solo Sussidio Nucleo)	€ 500	€ 1.000
SOSTEGNO per Non Autosufficienza		
Rimborso Spese per Stato di Non Autosufficienza (solo al titolare)	**max €100/mese, max 12 mesi**	**max €150/mese, max 12 mesi**
SERVIZI E ASSISTENZA CENTRALE SALUTE		
Centrale Salute per Supporto Copertura	SI	
CONTRIBUTI	**Single - Nucleo**	**Single - Nucleo**
Contributo annuo	**€ 540 - € 840**	**€ 720 - € 1200**
Contributo annuo aggiuntivo per Assistenza di Base	**€ 40**	**€ 40**
Quota associativa (una tantum)	**€ 25**	**€ 25**

ALTA DIAGNOSTICA: Angiografia, Broncoscopia, Cistografia o Cistoscopia, Ecocolordoppler cardiaco, Ecocolordoppler vascolare, Elettroencefalogramma, Esofagogastroduodenoscopia, Mammografia, Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo

Possibilità di pagamento in dodici rate mensili con addebito in conto corrente.

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Il presente Sussidio non prevede alcun limite di età. (solo single)	SENIS A CN	SENIS B CN
GARANZIE OSPEDALIERE		
Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo	€ 50.000	€ 100.000
Pre ricovero	120 gg	
Accertamenti diagnostici e visite specialistiche	SI	
Condizioni di rimborso	al 100% In Network e Ticket SSN - al 90% Out Network	
Durante il ricovero		
Retta di degenza - in network	al 100%	
Retta di degenza - out network	max € 250/g - raddoppiata in caso di terapia intensiva	
Prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento	SI	
Medicinali ed esami	SI	
Cure ed assistenza medica	SI	
Apparecchi terapeutici e endoprotesi applicati durante l'intervento	SI	
Trattamenti fisioterapici e rieducativi	SI	
Retta accompagnatore	€ 50/giorno max 20gg annui	
	Assistenza Diretta: nessuna quota a carico del Socio	
Condizioni di rimborso	Assistenza Indiretta in Network: quota a carico pari al 10%	
	Autorizzazione Indiretta fuori Network: quota a carico pari al 20%	
Post ricovero	120 gg	
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 infermieristica a domicilio (post intervento)	€ 30/giorno max 80 gg annui	
Condizioni di rimborso	al 100% In Network e Ticket SSN - al 90% Out Network	
Altri Eventi Compresi	al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste)	
Day Hospital/Day Surgery - sub max annuo	€ 2.000 - previste spese pre e post	€ 4.000 - previste spese pre e post
Chirurgia refrattiva - sub max annuo	€ 1.000 per occhio - previste spese pre e post	
Parto Naturale - sub max annuo	€ 1.500, no spese pre/post	€ 2.000, no spese pre/post
Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo	€ 2.000, no spese pre/post	€ 2.500, no spese pre/post
Cellule Staminali - sub max anno della garanzia "parto"	€ 1.500	
Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	€ 750 - previste spese pre e post	€ 1.500 - previste spese pre e post
Trasporto Sanitario - sub max annuo	€ 1.100 in Italia	
	€ 2.000 all'Estero	
Diaria sostitutiva (escluse pre/post)	€ 180/giorno max 90 gg annui	

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Diaria integrativa (incluse pre/post)	€ 90/giorno max 45 gg annui, 120 gg pre e 120 gg post spese pre e post: nei sub limiti previsti al 100% in network o presso SSN, al 90% se out network	
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Alta Diagnostica e Terapie - Max Annuo	€ 1.600	€ 4.000
In Network	% spesa a carico 10% min. non rimborsabile - € 30 per prestazione/ciclo di terapia	
Out Network	% spesa a carico 20% min. non rimborsabile - € 60 per prestazione/ciclo di terapia	
Alta Diagnostica x Animale Domestico (Nucleo Fam) - sub max annuo	€ 200	
Condizioni di rimborso	al 100%	
Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo	€ 1.000	€ 1.500
Escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.		
In Network	percentuale spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 30 per prestazione	
Out Network	percentuale spesa a carico 20% min. non rimborsabile € 60 per prestazione	
Ticket Alta diagnostica, Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici (esclusi controlli di routine)	al 100%, nei limiti dei massimali	
Fisioterapie seguito gravi Malattie - Max Annuo	€ 1.000	€ 2.000
In Network e Out Network	percentuale di spesa a carico 30%	
Ticket SSN	al 100%	
PREVENZIONE		
Rimborso ticket Check Up prostatico/Mammario - Max Annuo		€ 100, quota spesa a carico € 20 per evento
SOSTEGNO per Non Autosufficienza		
Rimborso Spese per Stato di Non Autosufficienza (solo al titolare)	max € 150/mese, max 24 mesi	max € 200/mese, max 24 mesi
SERVIZI E ASSISTENZA CENTRALE SALUTE		
Centrale Salute per Supporto Copertura	SI	
CONTRIBUTI		
Contributo annuo Single	**€ 1.200**	**€ 1.668**
Contributo annuo aggiuntivo per Assistenza di Base	**+ € 40**	**+ € 40**
Quota associativa (una tantum)	**+ € 25**	**+ € 25**

ALTA DIAGNOSTICA: Angiografia Broncoscopia, Cistografia o Cistoscopia, Coronarografia, Ecocolordoppler cardiaco, Ecocolordoppler vascolare, Elettroencefalogramma, Esofagogastroduodenoscopia, Isterosalpingografia, Mammografia, Mammotome (agobiopsia mammaria stereotassica), Mielografia, Pancolonscopia, Risonanza magnetica Nucleare (RMN), Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo Tomografia assiale computerizzata (TAC) Tomografia ad emissione di Positroni (PET), Urografia.
TERAPIE Dialisi, Chemioterapia, Radioterapia, Laserterapia

Possibilità di pagamento in dodici rate mensili con addebito in conto corrente.