

Le seguenti informazioni costituiscono una descrizione sintetica degli aspetti salienti delle coperture assicurative e non sostituiscono in alcun modo il testo integrale del vigente regolamento.

PRESTAZIONI	LIMITAZIONI COPERTURA
<b>NUCLEO FAMILIARE</b>	(1)
<b>RICOVERO</b>	(2) Massimale per nucleo € 100.000,00 - In network no scoperto - Fuori network scoperto 30 %
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (G.I.C.)	(3) Massimale per nucleo € 200.000,00 - In network no scoperto - Fuori network scoperto 30 %
INDENNITA' SOSTITUTIVA GIORNALIERA DA RICOVERO	(4) Massimale con intervento € 80,00 - Massimale senza intervento € 40,00 - massimo 150 giorni
DAY HOSPITAL	(5) In network no scoperto - Fuori network scoperto 30 %
INDENNITÀ SOSTITUTIVA DAY HOSPITAL	(6) Massimale con intervento € 40,00 - Massimale senza intervento € 20,00
INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	(7)
CURE MEDICHE/ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	60 giorni pre-ricovero - 90 giorni post-ricovero
ASSISTENZA MEDICA ED INFERMIERISTICA	(8)
ONORARI MEDICI E PARAMEDICI	(9)
DIRITTI DI SALA OPERATORIA	(10)
ACCOMPAGNATORE INFERMO	(11) Massimale giornaliero € 25,82
RETTE DI DEGENZA	
PARTO CESAREO	
PARTO NATURALE	(12) Massimale per evento € 4.000,00
ACQUISTO NOLEGGIO APPARECCHI PROTESICI E SANIT.	(13) 90 giorni post-ricovero
CURE TERMALI SEGUITO INTERV.	(14) 90 giorni post-ricovero
ACQUISTO MEDICINALI	90 giorni post-ricovero
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI	(15) 90 giorni post-ricovero
TRASPORTO ASSICURATO (RICOVERO CON INTERVENTO)	(16) Massimale Italia € 774,69 - Massimale estero € 1.549,37
PRELIEVO E TRAPIANTO DI ORGANI	(17)
RIMPATRIO DELLA SALMA	(18) Massimale estero € 1.549,37
ASSISTENZA DIRETTA	(19)
ROBOT	(20) Massimale per evento € 3.000,00
ROBOT G.I.C.	(21) Massimale per evento € 5.000,00
IMMUNONUTRIZIONE	(22)
CURE MEDICHE/ACC. DIAGN. G.I.C.	120 giorni pre-ricovero - 120 giorni post-ricovero
ACCOMPAGNATORE INFERMO G.I.C.	(23) Massimale giornaliero € 51,65 - massimo 30 giorni
INDENNITA' SOST. GIORNAL. G.I.C.	(24) Massimale giornaliero € 80,00 - massimo 150 giorni
<b>SPECIALIST. DOMICIL. AMBULATOR.</b>	<b>Massimale per nucleo € 1.032,91 - Scoperto 20,00 % - Nessuna Franchigia con ticket - Franchigia senza ticket € 51,65</b>
VISITE E PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	(25)
NOLEGGIO APPARECCHIATURE SANITARIE	(26)
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	(27)
<b>DENTARIE</b>	<b>(28) Massimale per nucleo € 1.032,91 - Scoperto 20,00 % - Franchigia € 51,65</b>
SPESE PER CURE DENTARIE CONSERVATIVE	(29) In network scoperto 10,00 %
LENTI ED OCCHIALI DA VISTA	(30) Massimale per persona € 206,58 - Scoperto 20,00 % - Franchigia € 51,65
VISITA ODONTOIATRICA DI CONTROLLO	(31) In network no scoperto
ABLAZIONE TARTARO	(32) In network no scoperto
<b>PACCHETTO PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE</b>	<b>(33)</b>
<b>PACCHETTO PREVENZIONE ONCOLOGICA</b>	<b>(34)</b>
<b>MONITORAGGIO DOMICILIARE DEL PAZIENTE</b>	<b>(35)</b>
<b>COMFORTSALUTE</b>	<b>(36)</b>

Le seguenti informazioni costituiscono una descrizione sintetica degli aspetti salienti delle coperture assicurative e non sostituiscono in alcun modo il testo integrale del vigente regolamento.

## NOTE

N°	Descrizione
1	<p>Il nucleo familiare dell'iscritto è composto dai familiari che rientrano nelle seguenti categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- coniuge dell'iscritto, anche legalmente separato o divorziato, purché in questo caso abbia diritto agli assegni alimentari da parte dell'iscritto o, in alternativa al coniuge, il convivente more-uxorio o la persona unita civilmente ai sensi della l. 20 maggio 2016 n. 76 ss.mm. che risulti dallo stato di famiglia.</li><li>- figli fino al 26° anno di età non compiuto, purché esista una almeno delle seguenti condizioni:<ul style="list-style-type: none"><li>a. siano studenti, iscritti a scuole/università statali o legalmente riconosciute (incluse scuole all'estero);</li><li>b. frequentino corsi di studio diurni;</li><li>c. non dispongano di redditi propri (escluse eventuali borse di studio o similari);</li></ul></li><li>- figli senza alcun limite di età se invalidi al lavoro proficuo. I figli comprendono anche:<ul style="list-style-type: none"><li>a. figli naturali legalmente riconosciuti;</li><li>b. figli nati da precedente matrimonio del coniuge;</li><li>c. minori legalmente affidati o adottati;</li></ul></li><li>- genitori dell'iscritto che risultino a carico secondo la normativa fiscale.</li></ul> <p>I familiari anzidetti, ai fini delle prestazioni sanitarie integrative di PREVIDIR, sono considerati familiari 'a carico' presenti nel nucleo dell'iscritto.</p>
2	Degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
3	Vedere elenco Grandi Interventi all'Allegato al regolamento.
4	In caso di ricovero totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale verrà corrisposto un indennizzo a titolo di indennità giornaliera.
5	Degenza in esclusivo regime diurno.
6	In caso di ricovero in regime di day hospital totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale verrà corrisposto un risarcimento a titolo di indennità giornaliera.
7	Intervento di chirurgia effettuato senza ricovero anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia. L'eventuale massimale indicato deve intendersi come sottolimito del massimale di ricovero.
8	Si intende prestata da personale abilitato.
9	Onorari del Chirurgo, dell' Aiuto, dell' Assistente, dell' Anestesista e ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico.
10	Comprendenti anche i materiali di intervento, nonché apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico.
11	Vitto e pernottamento in Istituto di Cura.
12	Il massimale indicato deve intendersi come sottolimito del massimale di ricovero.
13	Solo a seguito di intervento (sono incluse le carrozzelle ortopediche).
14	Rese necessarie dall'intervento stesso. Sono escluse le relative spese alberghiere.
15	In caso di ricovero con intervento chirurgico sono rimborsabili anche durante la degenza in istituto di cura.
16	Il trasporto all'Istituto di Cura o in Ambulatorio solo in caso di ricovero comportante intervento chirurgico. In caso di utilizzo del mezzo aereo sarà rimborsato entro il massimale previsto il costo corrispondente alla tariffa classe turistica. La garanzia si intende prestata in eccedenza al massimale garantito.
17	Intervento chirurgico effettuato a seguito di prelievo organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espanto, cure, medicinali e rette di degenza.
18	In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero è compreso il rimborso delle spese per il rimpatrio della salma.
19	In caso di ricovero per malattia o infortunio presso un Istituto di cura convenzionato con la Società è previsto il pagamento diretto delle spese di cura sostenute durante il ricovero.
20	L'utilizzo del Robot durante l'intervento chirurgico è rimborsato nel limite del sotto massimale e solo in presenza di fatture emesse dalla Casa di Cura.
21	L'utilizzo del Robot durante i Grandi Interventi è rimborsato nel limite del sotto massimale e solo in presenza di fatture emesse dalla Casa di Cura.
22	Sono rimborsate le spese per i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS. La Società garantisce il servizio di reperimento a proprio carico o presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente.
23	Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore.
24	L'indennità sostitutiva da ricovero verrà corrisposta se tutte le spese relative all'evento (pre, post e durante il ricovero) sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Nazionale. Tale garanzia sarà in alternativa a tutte le spese relative all'evento denunciato (pre, post e durante ricovero).
25	Sono intese sia ambulatorialmente che a domicilio; sono inclusi gli onorari medici. Le visite specialistiche sono rimborsabili solo se dalla documentazione risulti il titolo accademico di specializzazione del medico che ha effettuato la visita.
26	Noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici (sono escluse le spese per i trattamenti stessi)
27	Accertamenti prescritti dal medico curante (compresi gli onorari medici)

*Le seguenti informazioni costituiscono una descrizione sintetica degli aspetti salienti delle coperture assicurative e non sostituiscono in alcun modo il testo integrale del vigente regolamento.*

- 28 Per la descrizione di ogni Garanzia consultare il Regolamento.
- 
- 29 Le prestazioni sono riepilogate nell'allegato n. 18 della convenzione.
- 
- 30 Compresa le lenti a contatto. Le fatture d'acquisto devono essere accompagnate da prescrizione medica attestante la variazione del visus.
- 
- 31 Prestazione erogata, per anno e per persona, senza oneri da parte dell'assicurato unicamente presso i dentisti convenzionati.
- 
- 32 Prestazione erogata, per anno e per persona, senza oneri da parte dell'assicurato unicamente presso i dentisti convenzionati.
- 
- 33 La presente garanzia è prestata per il Titolare ed il nucleo eventualmente iscritto, solo in forma diretta, erogabile una volta l'anno. Le prestazioni sono da effettuarsi in un'unica soluzione, presso strutture sanitarie convenzionate ed indicate dalla centrale operativa, previa prenotazione: esame emocromocitometrico completo, velocità di eritrosedimentazione (VES), glicemia, azotemia (urea), creatininemia, colesterolo totale e colesterolo HDL, alaninaminotransferasi (ALT/GPT), aspartatoaminotransferasi (AST/GOT), esami delle urine, omocisteina, elettrocardiogramma di base, tricliceridi, gamma GT, PTT (tempo di tromboplastina parziale), PT (tempo di protrombina).
- 
- 34 La presente garanzia è prestata per il Titolare 1 volta ogni 2 anni e solo in forma diretta. Le prestazioni sono da effettuarsi in un'unica soluzione, presso strutture sanitarie convenzionate ed indicate dalla centrale operativa, previa prenotazione:  
Donne: con età pari o superiore a 29 anni PAP test, Ecografia Mammaria; con età pari o superiore a 45 anni Pap test, Mammografia, Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni.  
Uomini con età pari o superiore a 45 anni: PSA, Ecografia prostatica, ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni.
- 
- 35 E' prevista la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali a seguito di un ricovero ospedaliero o durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche. In Network. Vedere Regolamento.
- 
- 36 1. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura.  
Se per infortunio o malattia, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può Mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.  
Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:  
a) Informazione e orientamento medico telefonico  
· un esperto per un consulto telefonico immediato  
· informazione sanitaria su farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione ad esami diagnostici, profilassi in previsione di viaggi all'estero.  
Se dopo il consulto l'Assicurato ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.  
b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione  
Quando, per infortunio o malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo:  
· la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie  
· l'équipe medica, all'occorrenza, segnala all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari; l'équipe medica resta a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione, anche per eventuali problemi di comunicazione e di lingua.  
Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed eventualmente individuare le strutture più appropriate, i medici della Centrale operativa possono chiedere all'Assicurato la documentazione clinica.  
c) Consulenza telefonica medico-specialistica  
Quando l'Assicurato ha bisogno di una consulenza telefonica di carattere medicospecialistico, la Centrale operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.  
Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.
2. Trasferimento sanitario e rientro sanitario (anche dall'estero)  
Se per infortunio o malattia l'Assicurato ha bisogno di essere trasportato in ambulanza o auto medica dal proprio domicilio a un istituto di cura o ospedale (o viceversa) o da un istituto di cura a un altro, può chiedere che, nell'ambito delle garanzie ricoveri, il trasporto sia effettuato in forma diretta, gestito quindi dalla Centrale operativa.  
In tal caso la Compagnia garantisce la liquidazione dei costi del trasporto fino a 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno).  
In caso di infortunio o malattia improvvisa la garanzia vale anche per il solo rientro al domicilio, se l'Assicurato si trova ad almeno 50 km dallo stesso.  
Non sono coperti i trasporti per terapie continuative.
3. Second opinion  
L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza in Italia ed all'estero, complementare rispetto a una precedente valutazione medica.