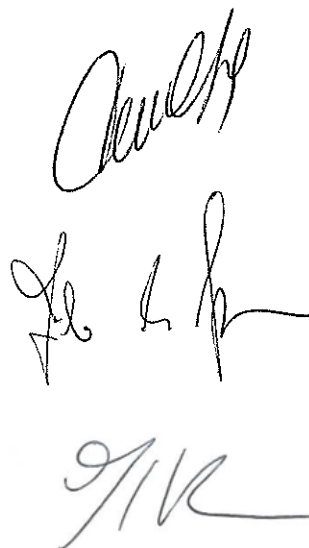


ALLEGATO A

Per i dipendenti assunti con contratto a tempo determinato / part time (superiore ai 12 mesi, con almeno 16 ore medie settimanali) sono dovuti € 24,00 mensili, così ripartiti:

| Descrizione | Contributo mensile | Contributo annuo |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Gestione ordinaria: a carico dell'Azienda per ciascun lavoratore a carico del Lavoratore (con trattenuta in busta paga) | € 7,50 € 1,50 | € 90,00 € 18,00 |
| Gestione speciale: per le prestazioni sanitarie integrative al SSN a carico dell'Azienda per ciascun lavoratore a carico del Lavoratore (con trattenuta in busta paga) | € 14,00 € 1,00 | € 168,00 € 12,00 |
| Totale contributi mensili/annuali dovuti all'ENBIC | € 24,00 | € 288,00 |



ALLEGATO A

edizione 2021

ENTI BILATERALI A - Impiegati e Operai

| GARANZIE OSPEDALIERE | |
|---|--|
| Ricovero con o senza intervento chirurgico - Diaria giornaliera | € 100,00 massimo 30 giorni all'anno a partire dal 3° giorno di ricovero |
| Condizione della garanzia | € 100.000,00 |
| Grandi Interventi Chirurgici compresi Trapianti (*) - Max Annuo/Nucleo | |
| In Network | 100% |
| Out Network | rimborsato all'80% con minimo a carico € 2.500,00 e massimo a carico € 5.000 |
| Ticket SSN | al 100% |
| Pre ricovero | 100 gg - sub-massimale € 1.500 anno |
| - accertamenti diagnostici e visite specialistiche, trasporto dell'Associato con ambulanza fino al luogo di degenza | |
| Durante il ricovero | |
| - retta di degenza | in network: al 100% - out network € 300,00 al giorno |
| - prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento, medicinali ed esami, assistenza medica e cure, | sub-massimale unico € 2.000 anno |
| - trasporto in ambulanza dell'Associato ad altro luogo di cura | sub-massimale € 1.500 ricovero |
| - retta accompagnatore | 100 gg - sub-massimale € 4.000 anno |
| Post ricovero | € 50,00 al giorno massimo 30 giorni |
| - esami di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, restazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, | € 25,00 al giorno |
| - assistenza infermieristica a domicilio (post intervento) e relativo limite | sub-massimale unico € 2.000 anno |
| - assistenza domiciliare non sanitaria | € 120,00/giorno massimo 200 gg all'anno |
| - trasporto dell'Associato con ambulanza per il rientro al proprio domicilio | € 60/giorno massimo 100 giorni all'anno - sub-massimale pre e post € 5.000 |
| Indennità Sostitutiva GIC - SSN (escluse pre/post) | € 10.000,00 |
| Indennità Integrativa GIC - SSN (Incluse pre/post) | nel primo anno di vita del neonato |
| Neonati - correzione malformazioni congenite - Max Annuo | |
| Condizione della garanzia | limite massimo € 4.000,00 per tipologia di intervento |
| Interventi chirurgici pianificati | |
| - Appendicectomia - comprese spese pre e post | |
| - Ernie (escluse ernie discali della colonna vertebrale) - comprese spese pre e post | autorizzato/rimborsato al 90% In network - ticket SSN 100% |
| - Colectomia - comprese spese pre e post | |
| - Mensectomia - comprese spese pre e post | |
| - Legamenti crociati - comprese spese pre e post | |
| Pre ricovero e Post ricovero | 100 gg |
| - accertamenti diagnostici e visite specialistiche | SI |
| Durante il ricovero | |
| - retta di degenza | |
| - prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento, medicinali ed esami, cure ed assistenza medica, | |
| GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE | |
| (*) Alta Diagnostica (*) da elenco - Max Annuo/Nucleo | € 7.000,00 |
| Condizioni In Network e Out Network | "In" autorizzata/rimborsata al 100% - "Out" rimborso al 70% |
| Ticket Alta Diagnostica | al 100% |
| (*) Visite Specialistiche ed accertamenti diagnostici - Max Annuo/Nucleo | € 800,00 |
| In Televisita - piattaforma Health Point | al 100% |
| Condizioni In Network e Out Network | "In" autorizzata/rimborsata al 100% - "Out" rimborso al 70% |
| Ticket Visite Specialistiche ed accertamenti diagnostici | al 100% - nel limite del massimale |
| Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio - Max Annuo | € 1.500,00 |
| In Network o Ticket SSN al 100% | autorizzati/rimborsati all'80% - o Ticket al 100% |
| Cure dentarie da infortunio | € 3.500,00 |
| In Network o Ticket SSN | autorizzati/rimborsati al 90% o Ticket al 100% |
| (*) Lenti e occhiali - Max Annuo | € 100,00 (con modifica del visus) |
| Pacchetto maternità - Max annuo | FAM € 1.000,00 |
| visite di controllo, ecografie, ecografie, analisi di laboratorio, traslucenza nucale | nel limite del massimale |
| Indennità parto | € 90,00 massimo 30 giorni all'anno |
| Rimborso delle spese per Crioconservazione In Network | € 500,00 |
| Presidi e ausili medici ortopedici | € 3.000,00 |
| Condizione della garanzia | rimborso all'80% |
| Consulenza psicologica per Gravi Malattie (***) - Max Annuo | massimo 15 sedute da € 40,00 |
| Spese per cure Dentarie | € 200,00 |
| Condizioni In Network e Out Network | "In" autorizzati/rimborsati al 70% - "Out" rimborso al 50% |
| Impiantologia dentaria - In network o ticket SSN - Max annuo | € 4.000,00 |
| Sub-massimale per ciascun impianto | € 700,00 |
| Estrazione denti - In network o ticket SSN - Max annuo | 4 estrazioni |
| Cure Oncologiche (terapie, parrucca, tatuaggio sanitario) | FAM € 2.000 annue rimborso all'80% |
| SOSTEGNO FAMIGLIA (valida per l'Associato titolare) | |
| Contributo Economico alla famiglia causa morte da malattia del Titolare | € 15.000,00 |
| Rimborso utenze, affitto e mutuo ai familiari del socio deceduto per malattia | € 300 x 6 mesi |
| Rimborso spese trattamenti e prestazioni per invalidità da infortunio/malattia | € 5.000,00 |
| PREVENZIONE | |
| Prevenzione Odontoiatrica (visita specialistica + ablazione tartaro) - In forma diretta - Max Annuo | 1 all'anno - al 100% dal 2° anno 2 l'anno |
| Televisita con centrale medica Health Point (medici medicina generale) | FAM 2 all'anno per Nucleo |
| 1° anno Check Up di prevenzione nel SSN | 1° ANNO Rimborso Ticket nel SSN al 100% max € 100,00 |
| 2° anno Check Up cardiologico/dermatologico a scelta - In forma diretta | 2° ANNO un Check Up a scelta e ripetibile ogni 2 anni |
| 4° anno Check Up cardiovascolare/oncologico a scelta - In forma diretta | 4° ANNO un Check Up a scelta e ripetibile ogni 4 anni |
| SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE | |
| Centrale Salute per Supporto Copertura | FAM SI |
| Assistenza h24 7gg su 7 (Consulenza medica, invio Ambulanza o Medico a domicilio) | FAM SI |
| Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate) | FAM SI |
| CONTRIBUTI | |
| Contributo Annuo Copertura Single * | € 180,00 |
| Contributo Annuo aggiuntivo per estensione al Nucleo | € 192,00 |
| | + Quota Associativa + € 25,00 |

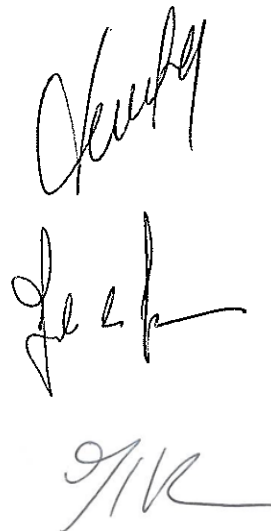
FAM: prestazione valida anche per uno o più familiari

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the right side of the page.

ALLEGATO B

Per i Quadri sono dovuti € 50,67 mensili così ripartiti:

| <i>Descrizione</i> | <i>Contributo mensile</i> | <i>Contributo annuo</i> |
|--|---------------------------|-------------------------|
| <i>Gestione ordinaria:</i> | | |
| per le prestazioni sanitarie integrative al SSN | | |
| a carico dell'Azienda per ciascun Quadro | € 7,50 | € 90,00 |
| a carico del Quadro (con trattenuta in busta paga) | € 1,50 | € 18,00 |
| <i>Gestione speciale:</i> | | |
| a carico dell'Azienda per ciascun Quadro | € 40,67 | € 488,04 |
| a carico del Quadro (con trattenuta in busta paga) | € 1,00 | € 12,00 |
| <i>Totale contributi mensili/annuali dovuti all'ENBIC</i> | € 50,67 | € 608,04 |



ALLEGATO B

Edizione 2021

SUSSIDIO SANITARIO Ente Bilaterale B - QUADRI 2021

| GARANZIE OSPEDALIERE | |
|---|--|
| Grandi interventi chirurgici (*) - Max Annuo | € 200.000,00 |
| Ricoveri/Day Hospital/Day Surgery ed Interventi Ambulatoriali - Max Annuo | € 100.000,00 |
| In Network | al 100% |
| Out Network | rimborsato all'80% con minimo a carico € 2.000,00 e massimo a carico € 5.000,00 - rimborso all'80% in caso di Intervento Ambulatoriale |
| ticket SSN | al 100% |
| Pre ricovero | 90 gg |
| - accertamenti diagnostici e visite specialistiche | Strutture private: rimborso all'80%; ticket SSN: al 100% |
| Durante il ricovero | |
| - retta di degenza | in network: al 100% - out network € 250,00 al giorno |
| - prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento, medicinali ed esami, | sub massimale annuo unico € 1.100 Italia e € 2.000 Estero |
| - trasporto in ambulanza dell'Associato ad altro luogo di cura | € 60 al giorno massimo 30 gg/anno |
| - retta accompagnatore | 120 gg |
| Post ricovero | Strutture private: rimborso all'80%; ticket SSN: al 100% |
| - esami di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, restazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti | |
| - assistenza infermeristica a domicilio (post intervento) | € 50,00 al giorno massimo 30 giorni |
| - assistenza domiciliare non sanitaria | € 25,00 al giorno |
| - trasporto dell'Associato con ambulanza per il rientro al proprio domicilio | sub massimale annuo unico € 1.100 Italia e € 2.000 Estero |
| Rimpatrio della salma - Max Annuo | € 1.600,00 |
| Altri Interventi Chirurgici/Eventi Compresi | al 100% (comprese spese pre e post evento) |
| - Chirurgia refrattiva - sub max annuo | € 1.000 per occhio |
| - Parto Naturale - sub max annuo | € 2.600,00 |
| - Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo | € 5.000,00 |
| Indennità Sostitutiva | limite dei 365 giorni dell'anno |
| Indennità Sostitutiva Ricovero con/senza Intervento Chirurgico-Day Hospital/Surgery: € 100,00/notte - € 50,00/giorno in caso di | |
| <i>Spese pre e post Ricovero- Day Hospital/Surgery: rimborso spese 90gg pre e 120 gg post, al 100% se ticket SSN e all'80% se in strutture private,</i> | |
| Indennità Sostitutiva in caso di Grande Intervento Chirurgico: incrementata a € 130,00/notte - | |
| <i>Spese pre e post Ricovero con grande Intervento Chirurgico: rimborso spese 90gg pre e 120 gg post, al 100% se ticket SSN e all'80% se in</i> | |
| Neonati - correzione malformazioni congenite - Max Annuo | € 10.000,00 |
| Condizione della garanzia | nel primo anno di vita del neonato |
| GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE | |
| Alta Diagnostica e Terapie (**) da elenco - Max Annuo/Nucleo | € 7.000,00 |
| Condizioni In Network e Out Network | * "In" autorizzata/rimborsata al 100% - "Out" rimborso al 70% |
| ticket SSN | al 100% |
| Protesi, Presidi e Ausili Medici Ortopedici e apparecchi acustici - nei limiti del massimale "Alta Diagnostica e Terapie" | sub massimale annuo € 1.100,00 |
| Condizioni di Rimborso | rimborso all'80% |
| Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio - Max Annuo | € 1.000,00 |
| In Televisita - piattaforma Health Point | al 100% |
| Condizioni In Network e Out Network | ** "In" autorizzata/rimborsata al 100% - "Out" rimborso al 70% |
| ticket SSN | al 100% |
| Fisioterapie da infortunio - Sub massimale annuo | € 500,00 - nei limiti del massimale di € 1.000,00 |
| Condizioni In Network e Out Network | "In" autorizzata/rimborsata all'80% - "Out" rimborso al 70% |
| ticket SSN | al 100% |
| Cure Oncologiche (terapie, parrucca, tatuaggio sanitario) | € 10.000,00 |
| Condizione del rimborso | al 100% |
| * Cure Dentarie (***) - max annuo | € 1.200,00 |
| Condizioni In Network e Out Network | come da tabella |
| ticket SSN | al 100% |
| Cure Dentarie da infortunio- max annuo | € 1.500,00 |
| Condizioni In Network | autorizzati/rimborsati al 70% |
| ticket SSN | al 100% |
| Lenti e occhiali - Max Annuo | € 250,00 (con modifica visus) |
| Condizione del rimborso | rimborso al 70% con minimo a carico € 50,00/ evento |

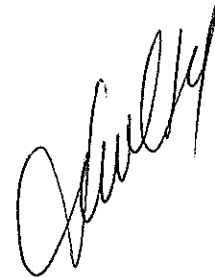
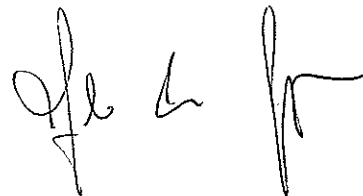
Handwritten signature

| | | |
|---|--|--|
| Fisioterapie seguito gravi Malattie (****) - Max Annuo | € | 1.000,00 |
| Condizioni In Network e Out Network | autorizzati/rimborsati al 70% o Ticket al 100% | 100% |
| Ticket SSN | | 100% |
| Pacchetto maternità - Max annuo | € | 1.000,00 |
| <i>visite di controllo, ecografie, ecografie, analisi di laboratorio, traslucenza nucale</i> | | <i>nel limite del massimale</i> |
| <i>Rimborso delle spese per Crioconservazione In Network</i> | | <i>€ 500,00</i> |
| SOSTEGNO FAMIGLIA | | |
| Contributo Economico alla famiglia causa morte da malattia del Titolare | | sostegno complessivo pari a € 30.000,00 |
| <i>di cui</i> | | |
| Contributo economico una tantum | | € 15.000,00 |
| Rimborso utenze, affitto e mutuo ai famigliari del socio deceduto per malattia | | nel limite di € 1.250,00 al mese per 12 mesi |
| PREVENZIONE | | |
| Prevenzione Odontoiatrica (visita specialistica + ablazione tartaro) - In forma diretta | | 1 all'anno - al 100% - dal 2° anno 2 l'anno |
| 1° anno Check Up di prevenzione nel SSN | 1° ANNO | Rimborso Ticket nel SSN al 100% max € 100 ,00 |
| 2° anno Check Up cardiologico/dermatologico a scelta - in forma diretta | 2° ANNO | un Check Up a scelta e ripetibile ogni 2 anni |
| 4° anno Check Up cardiovascolare/oncologico a scelta - in forma diretta | 4° ANNO | un Check Up a scelta e ripetibile ogni 4 anni |
| ASSISTENZA H24 | | |
| Consulenza Medica Telefonica | | Valida tutto l'anno |
| 24 ore su 24 | | 3 volte all'anno |
| 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 |
| <i>trasporto dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricovero presso un altro centro ospedaliero</i> | | <i>SI</i> |
| <i>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</i> | | <i>SI</i> |
| SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE | | |
| Accesso al Network di strutture convenzionate con sconti dal 10% al 35% | | SI |
| Centrale Salute per Supporto Copertura | | SI |
| Tariffe agevolate per la conservazione delle cellule staminali | | SI |
| CONTRIBUTI ANNUI | | |
| Contributo Annuo Sussidio SINGLE (COLLETTIVA) | € | 500,00 |
| Contributo Annuo Aggiuntivo per Estensione NUCLEO | | + € 615,00 |
| + Quota Associativa | | + € 25,00 |

ALLEGATO C

Per i Dirigenti con rapporto di lavoro superiore ai 12 mesi, assunti a tempo pieno o parziale di almeno 16 ore settimanali o 64 ore mensili o 532 ore annuali sono dovuti € 82,50 per 12 mensilità, così ripartiti:

| <i>Descrizione</i> | <i>Contributo mensile</i> | <i>Contributo annuo</i> |
|--|---------------------------|-------------------------|
| <i>Gestione ordinaria:</i> | | |
| a carico dell'Azienda per ciascun Dirigente | € 7,50 | € 90,00 |
| a carico del Dirigente (con trattenuta in busta paga) | € 1,50 | € 18,00 |
| <i>Gestione speciale:</i> | | |
| <i>per le prestazioni sanitarie integrative al SSN</i> | | |
| a carico dell'Azienda per ciascun Dirigente | € 77,50 | € 930,00 |
| a carico del Dirigente (con trattenuta in busta paga) | € 5,00 | € 60,00 |
| <i>Totale contributi mensili/annuali dovuti all'ENBIC</i> | € 91,50 | € 1.098,00 |


ALLEGATO C

Edizione 2021

SUSSIDIO SANITARIO Ente Bilaterale C - DIRIGENTI

| 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 | | al 100% |
| Out Network | | rimborsato all'80% con minimo a carico € 1.500,00 e massimo a carico € 5.000,00- rimborso all'80% in caso di Intervento Ambulatoriale |
| ticket SSN | | al 100% |
| Pre ricovero | | 90 gg |
| - accertamenti diagnostici e visite specialistiche | | Strutture private: rimborso all'80%; ticket SSN: al 100% |
| Durante il ricovero | | |
| - retta di degenza | | in network: al 100% - out network € 250,00 al giorno |
| - prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento, medicinali ed esami, | | sub massimale annuo unico € 1.100 Italia e € 2.000 Estero |
| - trasporto in ambulanza dell'Associato ad altro luogo di cura | | € 60 al giorno massimo 30 gg/anno |
| - retta accompagnatore | | 120 gg (elevate a 180 gg in caso di Trapianto) |
| Post ricovero | | Strutture private: rimborso all'80%; ticket SSN: al 100% |
| - esami di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, restazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti | | |
| - assistenza infermeristica a domicilio (post intervento) | | € 50,00 al giorno massimo 30 giorni |
| - assistenza domiciliare non sanitaria | | € 25,00 al giorno |
| - trasporto dell'Associato con ambulanza per il rientro al proprio domicilio | | sub massimale annuo unico € 1.100 Italia e € 2.000 Estero |
| Rimpatrio della salma - Max Annuo | € | 1.600,00 |
| Altri Interventi Chirurgici/Eventi Compresi | | al 100% (comprese spese pre e post evento) |
| - 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 |
| Indennità Sostitutiva | | limite dei 365 giorni dell'anno |
| Indennità Sostitutiva Ricovero con/senza Intervento Chirurgico-Day Hospital/Surgery: € 100,00/notte - € 50,00/giorno in caso di ricovero | | |
| Spese pre e post Ricovero- Day Hospital/Surgery: rimborso spese 90gg pre e 120 gg post, al 100% se ticket SSN e all'80% se in strutture private, nel limite di € 5.000,00/anno | | |
| Indennità Sostitutiva in caso di Grande Intervento Chirurgico: incrementata a € 130,00/notte - | | |
| Spese pre e post Ricovero con grande Intervento Chirurgico: rimborso spese 90gg pre e 120 gg post (180 gg in caso di trapianto), al 100% se ticket SSN e all'80% se in strutture private, e nel limite annuo incrementato a € 7.500,00 | | |
| Neonati - correzione malformazioni congenite - Max Annuo | | € 10.000,00 |
| Condizione della garanzia | | nel primo anno di vita del neonato |
| GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE | | |
| (*) Alta Diagnostica e Terapie (***) da elenco - Max Annuo/Nucleo | | € 8.500,00 |
| Condizioni In Network e Out Network | | "In" autorizzata/rimborsata al 100% - "Out" rimborso al 70% |
| ticket SSN | | al 100% |
| Protesi, Presidi e Ausili Medici Ortopedici e apparecchi acustici - nei limiti del massimale "Alta Diagnostica e Terapie" | | sub massimale annuo € 1.100,00 |
| Condizioni di Rimborso | | rimborso all'80% |
| (*) Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio - Max Annuo | | € 1.500,00 |
| In Televisita - piattaforma Health Point | | al 100% |
| Condizioni In Network e Out Network | | "In" autorizzata/rimborsata al 100% - "Out" rimborso al 70% |
| ticket SSN | | al 100% |
| Fisioterapie da infortunio - Sub massimale annuo | | € 500,00 - nei limiti del massimale di € 1.500,00 |
| Condizioni In Network e Out Network | | "In" autorizzata/rimborsata al 80% - "Out" rimborso al 70% |
| ticket SSN | | al 100% |
| Cure Oncologiche (terapie, parrucca, tatuaggio sanitario) | € | 10.000,00 |
| Condizione del rimborso | | al 100% |
| Cure Dentarie (***)- max annuo | € | 1.700,00 |
| Condizioni In Network e Out Network | | come da tabella |
| ticket SSN | | al 100% |
| Cure Dentarie da infortunio- max annuo | € | 1.750,00 |
| In Network o Ticket SSN | | autorizzati/rimborsati al 70% o Ticket al 100% |
| ticket SSN | | al 100% |
| Lenti e occhiali - Max Annuo | | € 400,00 (con modifica visus) |
| Condizione del rimborso | | rimborso al 70% con minimo a carico € 50,00/ evento |

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

| | | |
|---|---|--|
| Fisioterapie seguito gravi Malattie (****) - Max Annuo | € | 1.200,00 |
| Condizioni In Network e Out Network | | rimborso al 70% |
| Ticket SSN | | 100% |
| Pacchetto maternità - Max annuo | € | 1.200,00 |
| <i>visite di controllo, ecografie, ecografie, analisi di laboratorio, traslucenza nucale</i> | | |
| <i>Rimborso delle spese per Crioconservazione In Network</i> | | € 500,00 |
| SUSSIDIO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA | | |
| Rimborso Spese per Assistenza domiciliare, Badante, OSS, Infermiere, Fisioterapie anche domiciliari e Spese per farmaci | € 500,00/mese per una durata massima di 24 mesi solo per il titolare del sussidio | |
| PREVENZIONE | | |
| Prevenzione Odontoiatrica (visita specialistica + ablazione tartaro) - In forma diretta | | 1 all'anno - al 100% - dal 2° anno 2 l'anno |
| 1° anno Check Up di prevenzione nel SSN | | 1° ANNO Rimborso Ticket nel SSN al 100% max € 100,00 |
| 2° anno Check Up cardiologico/dermatologico a scelta - in forma diretta | | 2° ANNO un Check Up a scelta e ripetibile ogni 2 anni |
| 4° anno Check Up cardiovascolare/oncologico a scelta - in forma diretta | | 4° ANNO un Check Up a scelta e ripetibile ogni 4 anni |
| ASSISTENZA H24 | | |
| Consulenza Medica Telefonica | | Valida tutto l'anno |
| 24 ore su 24 | | 3 volte all'anno |
| 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 |
| <i>trasporto dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricovero presso un altro centro ospedaliero</i> | | SI |
| <i>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</i> | | 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 Famiglia | € | 1.460,00 |
| + Quota Associativa | | + € 25,00 |