

	RBM	UNISALUTE	UNISALUTE modifiche accordate
TIPO DI CONTRATTO E DURATA	POLIZZA COLLETTIVA	POLIZZA COLLETTIVA	
		01/01/2016 - triennale	
PERSONE ASSICURATE	DIPENDENTE + NUCLEO FAMIGLIARE	DIPENDENTE + NUCLEO FAMIGLIARE	
PREMIO	Per dipendente e nucleo familiare € 456,02	Premio pacchetto A: dipendente e nucleo fiscalmente a carico € 455,00	
	Per coniuge non fiscalmente a carico o convivente more uxorio € 117,81	Premio pacchetto A: coniuge non fiscalmente a carico o convivente more uxorio € 120,00	Premio pacchetto A: coniuge non fiscalmente a carico o convivente more uxorio € 100,00
	Per familiare convivente fiscalmente a carico e non e ciascun figlio convivente non fiscalmente a carico € 165,90	Premio pacchetto A: ogni familiare convivente fiscalmente a carico e non e ogni figlio non fiscalmente a carico € 165,00 (+ € 125,00 x > 75 anni)	Premi + 25% per > 75 anni
PREMIO ODONTOIATRICO	Dipendente € 108,19, familiare a carico € 168,30; familiare non a carico purchè convivente € 240,43	Pacchetto B: dipendente € 110,00, (b) familiare a carico € 170,00; c) familiare non a carico purchè convivente € 240,00	L'attivazione dell'opzione b) non comporta l'obbligo di inserimento dei figli con età inferiore ai 9 anni.
		L'attivazione delle opzioni non comporta l'obbligo di inserimento dei figli con età inferiore ai 9 anni.	L'attivazione delle opzioni b) e c) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari come definiti (fermo restando quanto previsto al precedente capoverso) e con l'esclusione dell'obbligo di mutualità del nucleo in caso di coniugi/conviventi "more uxorio" entrambi dipendenti.
		L'attivazione delle opzioni per gli altri componenti del nucleo familiare comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari come definiti.	
PACCHETTO A - GARANZIA BASE			
ASSISTENZA OSPEDALIERA IN REGIME DI RICOVERO			
TIPO DI RICOVERO	RICOVERO, DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	RICOVERO, DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	Si ricomprendono in tale garanzia anche gli INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI/MAXILLO-FACCIALI A SEGUITO DI INFORTUNIO
STRUTTURA CONVENZIONATA	Nessuna franchigia	Pagamento diretto ed integrale (nessuna franchigia o scoperto) a parte strutture indicate nell'Allegato 1.	
STRUTTURA NON CONVENZIONATA	Rimborso con scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di € 700,00 e massimo non indennizzabile di €. 3.000,00	Rimborso con scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di € 700,00 e massimo non indennizzabile di €. 3.000,00	Elenco di strutture con franchigia (riduzione sulle provvie di BO/MI/RM/MB da € 700,00 a € 500,00)
SSN	indennità sostitutiva (60 euro al giorno per max 200 gg) e spese pre/post	Rimborso integrale dei ticket/indennità sostitutiva (70 euro per max 150 gg), rimborso pre/post con max annuo per nucleo di € 500,00	
PRE e POST RICOVERO	90 gg	120 gg	
RETTE DI DEGENZA	In rete rimborso 100%, fuori rete limite di € 220,00 al giorno	In rete rimborso 100%, fuori rete limite di € 250,00 al giorno	
ACCOMPAGNATORE	Limite giornaliero di €. 50,00 al gg per 20 gg	In rete pagamento diretto ed integrale, fuori rete rimborso con limite giornaliero di € 70,00 per 30 gg	
ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE	No	Rimborso con limite giornaliero di € 70,00 per 30 gg	
TRASPORTO SANITARIO	Massimale € 1.600,00	Massimale € 3.600,00	
TRAPIANTI	Non indicato	Si	
DAY HOSPITAL	Si	Si	
INT. CHIRURGICO AMBULATORIALE PER LA CORREZIONE DEI DIFETTI VISIVI	Massimale € 1.000,00 per occhio	Massimale € 1.100 per occhio	
INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI/MAXILLO-FACCIALI A SEGUITO DI INFORTUNIO	Si	Si	
PARTO CESAREO	Massimale € 2.700,00	Massimale € 4.000,00	
PARTO NATURALE, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO	Massimale € 1.100,00	Massimale € 3.000,00	
INDENNITA' SOSTITUTIVA	€ 60 al giorno per max 200 gg	€ 70,00 al giorno per 150 gg.	
RIMPATRIO SALMA	No	Massimale € 1.500,00	
OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE EXTRA RICOVERO	No	Massimale annuo € 10.000 per persona	
MASSIMALE ANNUO	€ 250.000 per nucleo familiare	€ 250.000,00 per nucleo familiare	
EXTRA OSPEDALIERA	Massimale € 3.700,00 per nucleo familiare	Massimale € 5.000,00 per nucleo familiare	
1) ALTA SPECIALIZZAZIONE (Prestazioni di alta diagnostica radiologia, accertamenti e terapie)			

	RBM	UNISALUTE	UNISALUTE modifiche accordate
STRUTTURA CONVENZIONATA	Scoperto 15% con minimo non indennizzabile di € 35,00	Franchigia € 40,00 per accertamento/ciclo di terapia	
STRUTTURA NON CONVENZIONATA	Rimborso con scoperto 20% con minimo non indennizzabile di € 50,00	Rimborso con scoperto 20% e minimo non indennizzabile di € 50,00 per accertamento/ciclo	Rimborso con scoperto 20% e minimo non indennizzabile di € 50,00 per invio/patologia
SSN	Rimborso integrale dei ticket	Rimborso integrale dei ticket	
2) VISITE SPECIALISTICHE e ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (Non comprese le visite e gli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici)			
STRUTTURA CONVENZIONATA	Scoperto 15% con minimo non indennizzabile di € 35,00	Franchigia di € 25,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico	
STRUTTURA NON CONVENZIONATA	Rimborso con scoperto 20% con minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni visita/acc.to	Rimborso con scoperto 20% e minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita/acc.	Rimborso con scoperto 20% e minimo non indennizzabile di € 60,00 per invio/patologia
SSN	Rimborso integrale dei ticket	Rimborso integrale dei ticket	
3) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI			
STRUTTURA CONVENZIONATA	Scoperto 15% con minimo non indennizzabile di € 35,00	Franchigia di € 40,00 per ciclo di terapia	
STRUTTURA NON CONVENZIONATA	Rimborso con scoperto 20% con minimo non indennizzabile di € 50,00	Rimborso con scoperto del 20% e minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura	Rimborso con scoperto 20% e minimo non indennizzabile di € 50,00 per invio/patologia
SSN	Rimborso integrale dei ticket	Rimborso integrale dei ticket	
PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE			
	Rimborso con scoperto 20% con minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura	Rimborso delle spese con uno scoperto del 20% e un minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura/persona	
MASSIMALE ANNUO	Sottomassimale € 500,00 del massimale delle extra-ospedaliere !!!!	€ 3.000,00 per nucleo familiare	
ONCOLOGIA			
INDENNIZZO A FORFAIT	€ 1.000,00 per prima diagnosi	€ 1.300,00 per prima diagnosi (submax di € 4.000,00)	€ 1.300,00 per prima diagnosi (submax di € 4.000,00)
CURE ONCOLOGICHE			
STRUTTURA CONVENZIONATA	No	Nessuna franchigia	
STRUTTURA NON CONVENZIONATA	No	Scoperto 20%	
MASSIMALE ANNUO	No	€ 4.000,00 per nucleo familiare	
ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE	No	€ 40,00 gg. X max 60 gg anno/nucleo	
CURE DENTARIE DA INFORTUNIO			
STRUTTURA CONVENZIONATA	Scoperto 15% con minimo non indennizzabile di € 35,00	Rimborso con scoperto 15%	
STRUTTURA NON CONVENZIONATA	Rimborso con scoperto 20% con minimo non indennizzabile di € 50,00	Rimborso con scoperto 20% e minimo non indennizzabile di € 70,00 per fattura	
SSN	Rimborso integrale dei ticket	Rimborso integrale dei ticket	
MASSIMALE ANNUO	max extra ospedaliere	€ 1.500,00 per nucleo familiare	
LENTI	Franchigia di € 30,00 per fattura	Franchigia di € 30,00 per fattura	
MASSIMALE ANNUO	€ 100,00 per nucleo familiare	€ 120,00 per nucleo familiare	
DIAGNOSI COMPARATIVA	non presente	Sì	
PACCHETTO B - GARANZIA ODONTOIATRICA			
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI	No	Sì	
CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE ODONTOIATRICHE DIVERSE DA PROTESI E ORTODONZIA			
STRUTTURA CONVENZIONATA	Limite per prestazione come da nomenclatore	Scoperto 35%	
STRUTTURA NON CONVENZIONATA	Limite per prestazione come da nomenclatore	Limite per prestazione come da nomenclatore	
SSN	Limite per prestazione come da nomenclatore	Rimborso integrale dei ticket	
MASSIMALE ANNUO	€ 1.500,00	€ 1.500,00	
Garanzie comuni			
PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE	Sì	Sì	
SERVIZI DI CONSULENZA	Sì	Sì	