ONHC
ON SALUTE
ASSOCIAZIONE

# ACCENDI LA SERENITÀ

## Proteggi il tuo futuro con i Piani Sanitari

## ON ASSOCIAZIONE

Piani Sanitari assicurati da

INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

CassaSalute BIS

| GARANZIA | MASSIMALI / SOMME ASSICURATE |
|---|---|
| **A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE** | |
| Massimale | € 100.000 |
| ***Ricovero con/senza intervento, Day Hospital o intervento ambulatoriale*** | |
| Condizioni: | |
| - diretta | franchigia € 500 |
| - fuori network/misto rim- | scoperto 35% minimo € 3.500 |
| - Ticket solo per interventi ambulatoriali | 100% |
| Pre/post | 90 gg / 120 gg |
| Sub massimali (*) | |
| Parto naturale | € 1.000 per evento |
| Parto cesareo, Aborto terapeutico | € 2.000 per evento |
| Interventi con chirurgia ro- | € 3.000 per l'utilizzo del robot |
| Accompagnatore | € 30 al giorno per massimo 50 gg |
| Trasporto malato | € 500 |
| Indennità sostitutiva per i ricoveri presso il Servizio Sanitario Nazionale | € 60 al giorno per massimo 100 gg |
| Pre/post | 90 gg / 120 gg |
| Neonati | fino a 1 anno, con il massimo assoluto di € 30.000 |
| **B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE** | |
| ***1. ALTA SPECIALIZZAZIONE*** | da elenco |
| Massimale | € 1.000 |
| Condizioni: | |
| - diretta | scoperto 10% minimo € 36 |
| - rimborso | scoperto 30% minimo € 200 |
| - Ticket | 100% |
| ***2. VISITE E ACCERTAMENTI*** | da elenco |
| Massimale | € 1.000 |
| Condizioni: | |
| - diretta | scoperto 10% minimo € 36 |
| - rimborso | scoperto 30% minimo € 100 |
| - Ticket | 100% |
| ***3. LENTI E OCCHIALI*** | |
| Massimale | € 80 |
| Condizioni: | |
| - diretta | franchigia € 40 |
| - rimborso | franchigia € € 40 |
| **C) ALTRE GARANZIE** | |
| ***1. VISITE DI CONTROLLO*** | |
| Massimale | illimitato |
| Condizioni: | |
| - diretta | 100% - 1 visita all'anno per il titolare (1 ulteriore visita all'anno per uno dei componenti del nucleo assicurato diverso dal titolare) |

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza intervento"

| CURE DENTARIE | OPZIONE BASE LIVELLO DI PROTEZIONE TOTALE |
|---|---|
| Massimale | illimitato |
| Condizioni | in rete |
| ***Impianti*** | |
| Massimale | - |
| sub massimale | - |
| in network diretto | franchigia € 800 per impianto |
| ***Estrazione*** | |
| in network diretto | franchigia<br>€ 35 per estrazione semplice<br>€ 120 per estrazione complessa |
| ***Altre cure odontoiatriche*** | |
| in network diretto | franchigia differenziata per prestazione |
| ***Prevenzione odontoiatrica (visita + ablazione tartaro)*** | |
| in network diretto | 1 volta l'anno 100% |
| ***Emergenza odontoiatrica*** | |
| in network diretto | 1 volta l'anno nessuna franchigia |

ONHC
ON SALUTE

*Il Contraente deve prendere visione delle condizioni della copertura sanitaria e del set informativo completo prima della sottoscrizione del contratto.*

## CONTRIBUTO PIANO UNDER 75 ANNI

Età in ingresso fino a 75 anni pago il contributo under 75 anni fino a 79 anni.

| | | ANNUALE | | MENSILE | |
|---|---|---|---|---|---|
| OPZIONE: | ON ASSOCIAZIONI | MUTUA PreviSalute | FONDO CassaSalute BIS | MUTUA PreviSalute | FONDO CassaSalute BIS |
| PREMIO ANNO PERSONA | € 540 | € 360 | € 180 | € 30 | € 15 |
| PREMIO ANNO NUCLEO DI 2 PERSONE | € 1.008 | € 672 | € 336 | € 56 | € 28 |
| PREMIO ANNO NUCLEO + DI 2 PERSONE | € 1.224 | € 816 | € 408 | € 68 | € 34 |