

MONITORAGGIO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Allegato

Restituire a: n.bozzaotre@fise.org
ovvero al n. fax: 06/5919955

Società:

N. dipendenti:

N. dipendenti beneficiari polizza:

Esistenza polizza sanità integrativa: SI NO (barrare)

Data scadenza polizza:

Contributo annuo Società per dipendente: €

Quota annua familiare a totale carico dipendente: € (coniuge) - € (ogni figlio)

Grandi interventi (lista puntuale e definita e non derogabile/integrabile)	Prestazione Prevista (S/NO)	Franchigia annua per persona €	Massimale annuo per persona €	Compagnia Assicuratrice (ovvero Cassa Mutua)	Possibilità di estensione a familiari (S/NO)	Eventuale contributo volontario del dipendente per estensione prestazioni (S/NO)
Ricoveri con interventi						
Ricoveri senza interventi						
Spese pre e post ricovero						
Day hospital						
Indennità sostitutiva						
Parto						
Parto cesareo						
Visite specialistiche e diagnostica						
Alta specializzazione diagnostica						
Odontoiatria malattie specifiche						
Odontoiatria infortuni						
Odontoiatria cure dentarie						
Implantologia						
Fisioterapia						
Lenti e occhiali						
Cure a lungo termine (assistenza domiciliare)						
Prevenzione (check up annuo)						