

COLLETTIVA DENTARIA: TITOLARE		
1° esercizio: 1.2.2016 - 31.01.2017		
2° esercizio: 1.2.2017 - 31.12.2017		
CATEGORIA	% RIMBORSO IN NETWORK	% RIMBORSO FUORI NETWORK
Visite*	100%	80%
Igiene orale*	100%	80%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Parodontologia	100%	80%
Endodonzia	80%	60%
Protesi	0% Accesso al tariffario	0%
Ortognatodonzia	0% Accesso al tariffario	0%
Implantologia (sottomassimale specifico fuori Rete di € 500)	60%	40%
Massimale annuo testa	€ 1.000 (per il solo dipendente)	
	*1 Visita ed Ablazione/anno	

- Per il personale in servizio la polizza è obbligatoria.
- Per il personale equiparato (personale già cessato dal servizio alla data del 1.1.2016 con accesso al Fondo Solidarietà di settore, quello cessato ai sensi dell'art. 6 Accordo 15.9.2012/Art. 7 Accordo 28.6.2014 cd. "Opzione Donna") la polizza è opzionale al costo di 150,00 euro in ragione d'anno.

COLLETTIVA DENTARIA: ESTENSIONE AL NUCLEO FAMILIARE ASSICURATO
1° esercizio: 1.2.2016 - 31.01.2017
2° esercizio: 1.2.2017 - 31.12.2017

CATEGORIA	% RIMBORSO IN NETWORK	% RIMBORSO FUORI NETWORK
Visite*	100%	80%
Igiene orale*	100%	80%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Parodontologia	100%	80%
Endodonzia	80%	60%
Protesi	0% Accesso al tariffario	0%
Ortognatodonzia	0% Accesso al tariffario	0%
Implantologia (sottomassimale specifico fuori Rete di € 500)	60%	40%
Massimale annuo nucleo	€ 1.500 (per il dipendente e il nucleo assicurato con la polizza non odontoiatrica)	
	*1 Visita ed Ablazione/anno per testa	

COPERTURA "COMPLETA" a pagamento per QD e Aree Professionali (vedi nota a piè pagina)
1° esercizio: 1.1.2016 - 31.12.2016 / 2° esercizio: 1.1.2017 - 31.12.2017

CATEGORIA	% RIMBORSO IN NETWORK	% RIMBORSO FUORI NETWORK
Visite*	100%	80%
Igiene orale*	100%	80%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Parodontologia	100%	80%
Endodonzia	80%	60%
Protesi	60%	40%
Ortognatodonzia	60%	40%
Implantologia (sottomassimale specifico fuori Rete di € 500)	60%	40%
Massimale annuo nucleo	1. Senza estensione al nucleo assicurato della Collettiva Dentaria Obbligatoria - Massimale complessivo di € 2.500 (comprensivo di € 1.000 relativo alla Collettiva Dentaria) così spendibile: a. Dipendente: € 2.500 b. Coniuge o convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, purché assicurati con la polizza non odontoiatrica: € 1.500 2. Con estensione al nucleo assicurato della Collettiva Dentaria Obbligatoria - Massimale complessivo di € 3.000 (comprensivo di € 1.500 relativo alla Collettiva Dentaria) così spendibile: a. Dipendente: € 3.000 di cui € 500 alle condizioni della Collettiva Dentaria Obbligatoria b. Coniuge o convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, purché assicurati con la polizza non odontoiatrica: € 3.000 di cui € 1.500 a condizioni della Collettiva Dentaria Obbligatoria c. altri eventuali familiari assicurati con la polizza non odontoiatrica: € 1.500 a condizioni della Collettiva Dentaria Obbligatoria	
	*1 Visita ed Ablazione/anno per testa	

Nota: tecnicamente, la copertura "COMPLETA" è configurata come "integrativa" della polizza collettiva dentaria obbligatoria: il massimale di copertura qui indicato è quello complessivo (cioè comprende il massimale della copertura collettiva Dentaria).