

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	<b>€ 1.000</b> (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	<b>€ 1.500</b> (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 - <b>Massimale complessivo di € 2.500</b> così spendibile (alle condizioni della copertura "Completa"): <ol style="list-style-type: none"> <li>Dipendente: <b>€ 2.500</b></li> <li>Coniuge o convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, purché assicurati con la polizza non odontoiatrica: <b>€ 1.500</b></li> </ol> 2. Con estensione al nucleo assicurato della Collettiva Dentaria Obbligatoria - <b>Massimale complessivo di € 3.000</b> (comprensivo di € 1.500 relativo alla Collettiva Dentaria) così spendibile: <ol style="list-style-type: none"> <li>Dipendente: <b>€ 3.000</b> (di cui € 2.500 alle condizioni della copertura "Completa" e € 500 alle condizioni della Collettiva Dentaria Obbligatoria)</li> <li>Coniuge o convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, purché assicurati con la polizza non odontoiatrica: <b>€ 3.000</b> (di cui € 1.500 alle condizioni della copertura "Completa" e € 1.500 alle condizioni della Collettiva Dentaria Obbligatoria)</li> <li>altri eventuali familiari assicurati con la polizza non odontoiatrica: <b>€ 1.500</b> a condizioni della Collettiva Dentaria Obbligatoria</li> </ol>	
	*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).**