



## SANIVOLO

Quadro sinottico delle garanzie previste  
dalla Copertura Rimborso Spese Mediche  
dei Piloti in Servizio e Soci Aggregati per  
l'annualità 31.08.2021/31.08.2022

## PREMESSA

- Il presente documento ha l'obiettivo di fornire tutte le informazioni necessarie relative al programma Rimborso Spese Mediche in essere per i Piloti in Servizio, Soci Aggregati e loro nuclei familiari in vigore per l'annualità 2021-2022.
- Nella redazione del documento si è volutamente privilegiata la fornitura di informazioni sintetiche ma sufficientemente esaustive, senza approfondimenti tecnici che ne avrebbero potuto rendere difficile la comprensione.
- **MAG resta a completa disposizione per qualsiasi richiesta di approfondimento e/o supporto.**

**GARANZIE  
COPERTURA  
RIMBORSO SPESE  
MEDICHE SANIVOLO**

## RIEPILOGO CONDIZIONI DELLA COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE

Le garanzie riepilogate nella scheda sono relative al programma di assistenza sanitaria in vigore per l'annualità 31.08.2021/31.08.2022 per i Piloti in Servizio, i Soci Aggregati ed i loro nuclei famigliari come da Statuto in vigore di Cassa SANIVOLO:

<b>PRESTAZIONI - GARANZIE</b>	<b>IMPORTO GARANZIA</b> Per anno/nucleo Sub-limiti Scoperti/Franchigie
<p><b>Ricovero con e senza intervento chirurgico, intervento Chirurgico ambulatoriale, Day Surgery (ricovero con intervento chirurgico in regime di degenza diurna)</b></p> <p>Sono comprese le spese sostenute per accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) e visite specialistiche effettuati, anche al di fuori dell' istituto di cura o dell'ambulatorio, nei 120 {centoventi) giorni antecedenti il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale (ivi compresi i casi di utilizzo di strutture a carico del Servizio Sanitario Nazionale), purché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia che ha determinato il ricovero stesso (anche in regime di day surgery) o la prestazione ambulatoriale; per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento; per materiali di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'Intervento; per l'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali, cure omeopatiche e per esami post intervento riguardanti il odo di ricovero; per gli esami e gli accertamenti diagnostici eseguiti durante il ricovero prima dell'intervento chirurgico; per gli esami e gli accertamenti</p>	<p>Euro 350.000 Massimale Ricoveri Euro 850.000 Massimale Grandi Interventi</p> <p>Ricovero in rete scoperto 10% con minimo Euro 1.450</p> <p>Day Surgery e interventi chirurgici ambulatoriali in rete: scoperto 15% con minimo Euro 350</p> <p>Ricovero fuori rete convenzionata (per rete si intende sia Istituto di cura e/o medici convenzionati) - scoperto 25% con minimo Euro 2.350 e massimo Euro 6.000 per sinistro, applicabile anche per GIC (Se ricovero d'urgenza in un istituto non convenzionato, no applicazione scoperto nel fuori rete)</p> <p>Regime misto solo per i ricoveri (escluso day surgery ed intervento chirurgico ambulatoriale): verranno applicati i criteri e le modalità previste per le prestazioni rese in forma diretta nel caso di struttura convenzionata (scoperto 10% con minimo Euro 1.450) e le modalità previste per le prestazioni rese in forma indiretta riferite all'equipe medica (scoperto del 25% con minimo Euro 2.350 e massimo Euro 6.000 per sinistro)</p>

<p>diagnostici eseguiti durante il ricovero senza intervento chirurgico e durante il ricovero in regime di day surgery; per le rette di degenza; per vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato l'Assicurato o spese di pernottamento in albergo in caso di impossibilità da parte della struttura ad ospitare l'accompagnatore stesso fino alla concorrenza di Euro 100,00 giornalieri per un massimo di trenta giorni per evento con un limite di Euro 2.583,00 annui; per esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei 180 (centottanta) giorni successivi al ricovero (anche in regime di day surgery) o all'intervento chirurgico ambulatoriale (ivi compresi i casi di utilizzo di strutture a carico del Servizio Sanitario Nazionale), purché inequivocabilmente inerenti all' infortunio o alla malattia che ha determinato il ricovero stesso o la prestazione ambulatoriale; nel caso di trapianto di organi o di loro parti è inoltre compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni sanitarie rese necessarie per l'espianto degli stessi. Se il donatore è persona vivente, la Società rimborsa anche le spese sostenute durante il ricovero del donatore stesso per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgica (onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria e materiale di intervento), cure, medicinali e rette di degenza.</p>	
<p><b>Trasporto presso Istituti di cura</b></p>	<p>Euro 10.000 per sinistro e per anno</p>
<p><b>Parto naturale / cesareo</b></p>	<p>Parto naturale sottolimito Euro 6.000 per evento Parto Cesareo sottolimito Euro 8.000 per evento</p> <p>Se effettuato fuori rete, compresa la formula mista, scoperto 10% minimo Euro 1.500</p>
<p><b>Diarie Sostitutiva</b></p>	<p>Euro 150 x giorno di ricovero Senza limite temporale, comprensiva del costo di eventuali ticket Euro 75 per Day surgery</p>
<p><b>Rimpatrio salma</b></p>	<p>Euro 10.000 per sinistro</p>
<p><b>Intervento chirurgico ambulatoriale finalizzato all'asportazione di nevi</b></p>	<p>Sono comprese le spese sanitarie sostenute dall'Assicurato per intervento chirurgico ambulatoriale finalizzato all'asportazione di nevi, sia benigni che maligni, melanomi o altri tumori della pelle, anche a seguito di richiesta da parte del medico della compagnia aerea di riferimento.</p>

	<p>Per il caponucleo (Pilota), la garanzia opera sia in rete che fuori rete nell'ambito del massimale della garanzia Ricovero senza applicazione di franchigie e/o scoperti.</p> <p>Per i famigliari la garanzia opererà solo per il caso di malignità certificata da epiluminescenza, prevedendo lo stesso trattamento come per il caponucleo in rete, mentre per il fuori rete la garanzia opera fino alla concorrenza di Euro 300 per anno assicurativo per persona, senza scoperti e/o franchigie.</p>
<p><b>Visite e prestazioni specialistiche (visite ed accertamenti diagnostici, analisi ed esami di laboratorio e spese ambulatoriali di P.S.)</b></p>	<p>Euro 50 per prestazione o serie di prestazioni previste da unica prescrizione medica, sia in rete convenzionata che fuori rete.</p> <p>Unicamente per Risonanza Magnetica Nucleare elevazione del rimborso a Euro 300</p>
<p><b>Alta specializzazione</b>            Amniocentesi (ed ulteriori test genetici quali ed esempio: G Test, Prenatal safe test, Harmony Test), Artrografia, Aortografia o Cavografia, Cisternografia, Broncoscopia, Colonscopia totale, Colangiografia, Colecistografia, Dacriocistografia, Dialisi, Laserterapia, Discografia, Esofagogastroduodenoscopia, Elettroencefalografia, PET , Scintigrafia, Tomografia computerizzata (TAC o TC) con esclusione di Dentalscan (o Dentascan o TC Dentale), Villocentesi, chemioterapia, cobaltoterapia e radioterapia, isterosalpinografia, Mineralogia e MOC E' inclusa anche la biopsia diagnostica(non scopo terapeutico) effettuata nel corso dell'accertamento conseguente ad esame di cui all'elenco.</p>	<p>Euro 10.000</p> <p>In rete scoperto 15% min 100 Euro per sinistro            Fuori rete scoperto 15% min 100 Euro per sinistro</p>
<p><b>Cure Oncologiche</b></p>	<p>Euro 20.000 annuo/nucleo dedicato a accertamenti/terapie previste in elenco di cui al precedente punto "Alta Specializzazione" conseguenti a patologie oncologiche.</p> <p>In rete per tali prestazioni oncologiche non si applicheranno scoperti/ franchigie.</p> <p>Fuori rete scoperto 15% min 100 Euro per sinistro</p>
<p><b>Tickets</b></p>	<p>Le richieste di rimborso dei ticket potranno essere presentate di volta in volta, senza attendere il raggiungimento dei 100 Euro per ciascun nucleo familiare. Il rimborso viene evaso ogni trimestre.</p>
<p><b>Visite di Controllo</b></p>	<p>Massimale illimitato</p> <p>1 volta al mese da 1 solo componente del nucleo familiare, in rete</p> <p>La stessa tipologia di visita può essere effettuata una sola volta nell'arco del periodo di copertura</p>
<p><b>Cure Dentarie</b></p>	<p>Massimale Euro 700 anno/nucleo</p> <p>In rete prestazioni identificate nel limite del nomenclatore con scoperto 10%</p> <p>Fuori rete nel limite del nomenclatore con scoperto del 15%</p>