



COPERTURA MIN_DIFESA ESTENSIONE COPERTURA BASE

Guida alla scelta dell'opzione e all'inserimento del nucleo familiare

riservatezza

Questo documento è la base per una presentazione orale, senza la quale ha quindi limitata significatività e può dar luogo a fraintendimenti. Sono proibite riproduzioni, anche parziali, del contenuto di questo documento senza la previa autorizzazione scritta di Previmedical.

0- modifica password di primo accesso

CASSAPREVINT

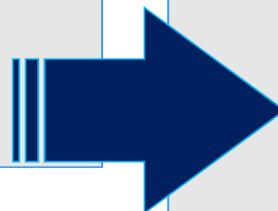
LOGIN

CODICEFISCALE

password

LOGIN

Hai dimenticato la password? RECUPERA LA PASSWORD



CASSAPREVINT

PASSWORD PRIMO ACCESSO

MODIFICA PASSWORD PER PRIMO ACCESSO

E' il primo accesso, è necessario modificare la password.

.....

.....

.....

La password deve essere diversa dalle ultime 10 password utilizzate, essere lunga almeno otto caratteri di cui almeno una lettera minuscola, una maiuscola, un numero ed un carattere speciale (punto di domanda, virgola, ecc).

CAMBIA PASSWORD

1- inizializzare la procedura di completamento della copertura assicurativa

The screenshot displays the CASSAPREVINT user interface. At the top left is the logo and the text "CASSAPREVINT". To its right, it says "AREA ISCRITTO". Further right are a notification bell icon and a user profile section with the text "Ciao, Zvvgcqge Rjxcilzf Cjrhxtcg" and a dropdown arrow. Below this, there are three main service cards: "LE MIE PRATICHE" (pink), "RICHIESTA DI RIMBORSO" (orange), and "RICHIESTA DI PRESTAZIONE" (blue). The "RICHIESTA DI RIMBORSO" card contains the text "Richiedi un rimborso per una prestazione ricevuta" and a "RICHIEDI" button. The "RICHIESTA DI PRESTAZIONE" card contains the text "Richiedi l'emissione di un'autorizzazione per eseguire le prestazioni presso una struttura convenzionata" and a "RICHIEDI" button. Below these is a "RICERCA CONVENZIONI" section with tabs for "STRUTTURE", "PRESTAZIONI", and "MEDICI". The "PRESTAZIONI" tab is active. It features a search area with the text "Trova le strutture convenzionate con possibilita' di specificare diversi parametri per venire incontro alle tue esigenze". There are input fields for "Provincia", "Comune/Località", and "Prestazione". Below these are radio buttons for "Nel raggio di" with options "Km 10", "Km 30", and "Km 50", and a "dal CAP" field. To the right of the search area is a "PERSONALIZZA IL TUO PIANO SANITARIO" section with a gear icon. It contains two buttons: "ACQUISTA UN PACCHETTO" (circled in red) and "VISUALIZZA PACCHETTI ACQUISTATI".



2- Questionario Demand&Needs

COMPILA IL QUESTIONARIO

1 - INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE DEL CLIENTE IN RELAZIONE AL CONTRATTO

Quali ambiti di protezione è interessato a tutelare con la stipula del contratto?

- Protezione degli assicurandi in caso di MALATTIA/INFORTUNIO
- Protezione del proprio PATRIMONIO

2 - INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL RISCHIO DA ASSICURARE

Con la stipula del contratto intende garantire: (sono possibili risposte multiple)

- il rimborso delle spese mediche in caso di Ricovero con e senza intervento, day hospital e intervento ambulatoriale
- il rimborso delle spese mediche in caso di visite specialistiche e accertamenti diagnostici
- nessuna delle precedenti

3 - ARGOMENTI TRATTATI ED EVENTUALI LIMITAZIONI ALLE PRESTAZIONI DEL CONTRATTO OFFERTO

3.1 - Sono state illustrate le caratteristiche essenziali e le prestazioni fornite?

SI NO

3.2 - È consapevole delle esclusioni e/o limitazioni, le carenze, rinvase scoperti o franchigie previste nel contratto e in particolare?

Esclusioni se/o limitazioni

SI NO

Perdita parziale o totale dall'indennizzo e/o inefficacia della copertura assicurativa

SI NO

Scoperti e/o franchigie

SI NO

Massimali/capitali/somme assicurate

SI NO

INVIA

Cliccare su questo
pulsante per attivare il
controllo delle
domande e proseguire

3- selezione della tipologia di copertura

Selezionare una delle
opzioni disponibili e
premi **AVANTI**

SELEZIONA IL PACCHETTO :

- ESTENSIONE BASE AI QUIESCENTI
- ESTENSIONE BASE AI QUIESCENTI + FAMILIARI
- ESTENSIONE PLUS AI QUIESCENTI
- ESTENSIONE PLUS AI QUIESCENTI + FAMILIARI

AVANTI

4- inserimento dei familiari

Inserire i dati del familiare secondo le **specifiche indicate** e premere **CONFERMA**

INSERIMENTO DATI NUCLEO FAMILIARE

COGNOME: [REDACTED] NOME: CAMILLO

PARENTELA: SELEZIONA...

CODICE FISCALE: [REDACTED]

SESSO: Coniuge
Figlio
Convivente
Figli fiscalmente non a carico e non conviventi
Ascendenti e Collaterali

DATA INIZIO COPERTURA: gg/mm/aaaa

Presto il consenso (*)

CONFERMA

INDIETRO

Inserire un familiare alla volta fino al completamento degli individui da mettere in copertura! Quindi premere **AVANTI**

INSERIMENTO DATI NUCLEO FAMILIARE

DEGANUTTI CECILIA

PARENTELA: CONIUGE
CODICE FISCALE: DGNCLL85A41H501W
SESSO: FEMMINA
DATA INIZIO COPERTURA: 1 GEN 2024

DATA NASCITA: 1 GEN 1985
CARICO FISCALE: A CARICO

AGGIUNGI ALTRO FAMILIARE +

INDIETRO

AVANTI

5- Preventivo di spesa per il nucleo inserito

Completato l'inserimento è possibile verificare l'importo complessivo del contributo per nucleo

Nel caso premendo INDIETRO si può rivedere la composizione del nucleo



Verificare l'importo atteso del piano scelto!
Quindi premere **AVANTI**

PREVENTIVO
—
Pacchetto Selezionato
ESTENSIONE BASE AI QUIESCENTI - FAMILIARI
—
Totale
314,37 €

6- modalità di pagamento



SELEZIONA IL TIPO DI PAGAMENTO :

BONIFICO UNICA SOLUZIONE

INDIETRO AVANTI



SELEZIONA IL TIPO DI PAGAMENTO :

BONIFICO UNICA SOLUZIONE

Tipo Rateazione : Unica
Importo: 314,37 €
Scadenza pagamento: entro 2 giorni lavorativi

IBAN : IT0350306909606100000404812 intestato a Cassa Prevint presso Intesa SanPaolo SpA
Causale : COPERTURA MINISTERO DELLA DIFESA - n. Piano Sanit. 45000 TITOLARE PPIWXRD59T01G838B - 1 coniuge



7 – Presa visione dei documenti precontrattuali

PRESA VISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

Gentile assistita/o ti chiediamo di cortesemente di prendere visione della documentazione precontrattuale sotto proposta cliccando sul link corrispondente e di confermarci l'effettiva presa visione cliccando sul box in fondo alla pagina per procedere con l'estensione del piano desiderata.

- [Documento informativo precontrattuale](#)
- [Documento informativo precontrattuale aggiuntivo](#)
- [Condizione di assicurazione](#)

Ho preso visione della documentazione precontrattuale

INDIETRO CONFERMA

8- riepilogo e conferma finale

Se la composizione è quella desiderata la procedura si completa con la doppia conferma

RIEPILOGO

PACCHETTO
ESTENSIONE BASE AI QUIESCENTI - FAMILIARI

TIPO PAGAMENTO
Bonifico unica soluzione

IBAN
IT03S0306909606100000404812 intestato a Cassa Previint presso Intesa SanPaolo SpA

CAUSALE
COPERTURA MINISTERO DELLA DIFESA - n. Piano Sanit. 45000 TITOLARE PPWXR59T01G838B - 1 coniuge

FAMILIARI
BBB AAA (CONIUGE)

PREVENTIVO
314,37 €

RATEAZIONE
IMPORTO: 314,37 €
SCADENZA PAGAMENTO: ENTRO 2 GIORNI LAVORATIVI

CASSAPREVIN

Conferma

Sei sicuro di voler acquistare il pacchetto selezionato?

OK **ANNULLA**

RIEPILOGO

PACCHETTO
ESTENSIONE BASE

TIPO PAGAMENTO
Bonifico unica soluzione

IBAN
IT03S0306909606100000404812 intestato a Cassa Previint presso Intesa SanPaolo SpA

CAUSALE
COPERTURA MINISTERO DELLA DIFESA - n. Piano Sanit. 45000 TITOLARE PPWXR59T01G838B - 1 coniuge

FAMILIARI
BBB AAA (CONIUGE)

PREVENTIVO
314,37 €

RATEAZIONE
IMPORTO: 314,37 €
SCADENZA PAGAMENTO: ENTRO 2 GIORNI LAVORATIVI

INDIETRO **CONFERMA**

RIEPILOGO

PACCHETTO
ESTENSIONE BASE AI QUIESCENTI - FAMILIARI

TIPO PAGAMENTO
Bonifico unica soluzione

IBAN
IT0350306909606100000404812 intestato a Cassa Prevint presso Intesa SanPaolo SpA

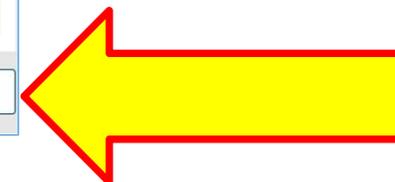
CAUSALE
COPERTURA MINISTERO DELLA DIFESA - n. Piano Sanit. 45000 TITOLARE PPWXR59T01G838B - 1 coniuge

FAMILIARI
BBB AAA (CONIUGE)

PREVENTIVO RATEAZIONE
314,37 € IMPORTO: 314,37 €
SCADENZA PAGAMENTO: ENTRO 2 GIORNI LAVORATIVI

Acquisto effettuato. Ricordati di stampare la pagina

[TORNA ALLA HOME](#) [STAMPA](#)



CASSAPREVINT    Ciao,
Axzrdhd Appwpcb 

RIEPILOGO
PACCHETTO
ESTENSIONE BASE AI QUIESCENTI + FAMILIARI

TIPO PAGAMENTO
Bonifico unica soluzione
IBAN
IT03S0306909606100000404812 intestato a Cassa Prevint presso Intesa SanPaolo SpA
CAUSALE
COPERTURA MINISTERO DELLA DIFESA - n. Piano Sanit. 45000 TITOLARE PPWXRDS9T01G838B - 1 coniuge

FAMILIARI
BBB AAA (CONIUGE)

PREVENTIVO
314,37 €
RATEAZIONE
IMPORTO:314,37 €
SCADENZA PAGAMENTO: ENTRO 2 GIORNI LAVORATIVI

Acquisto effettuato. Ricordati di stampare la pagina

[TORNA ALLA HOME](#) [STAMPA](#)