COPERTURA MIN_DIFESA
ESTENSIONE COPERTURA BASE

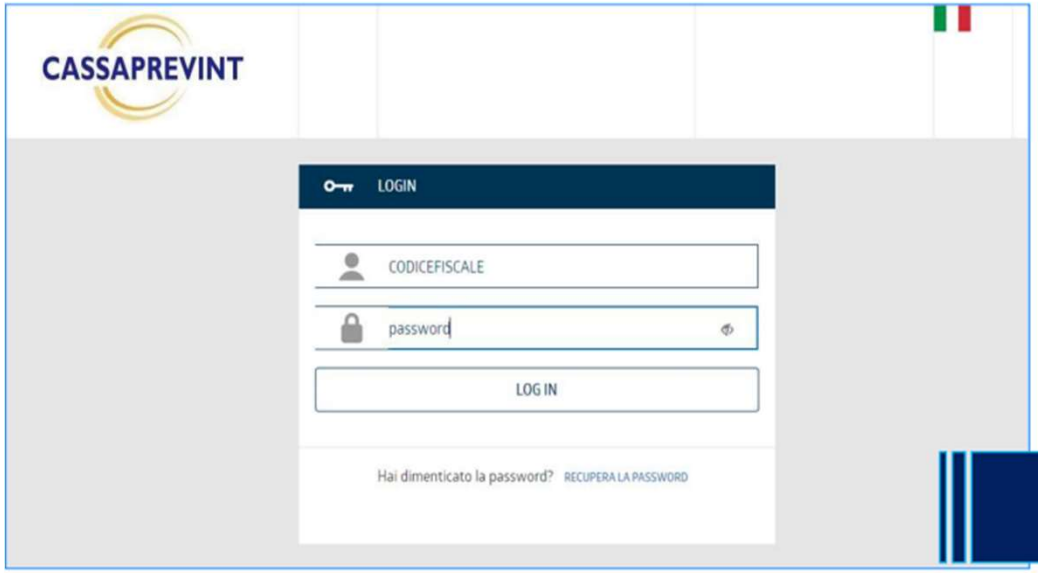
Guida alla scelta dell'opzione e all'inserimento del nucleo familiare

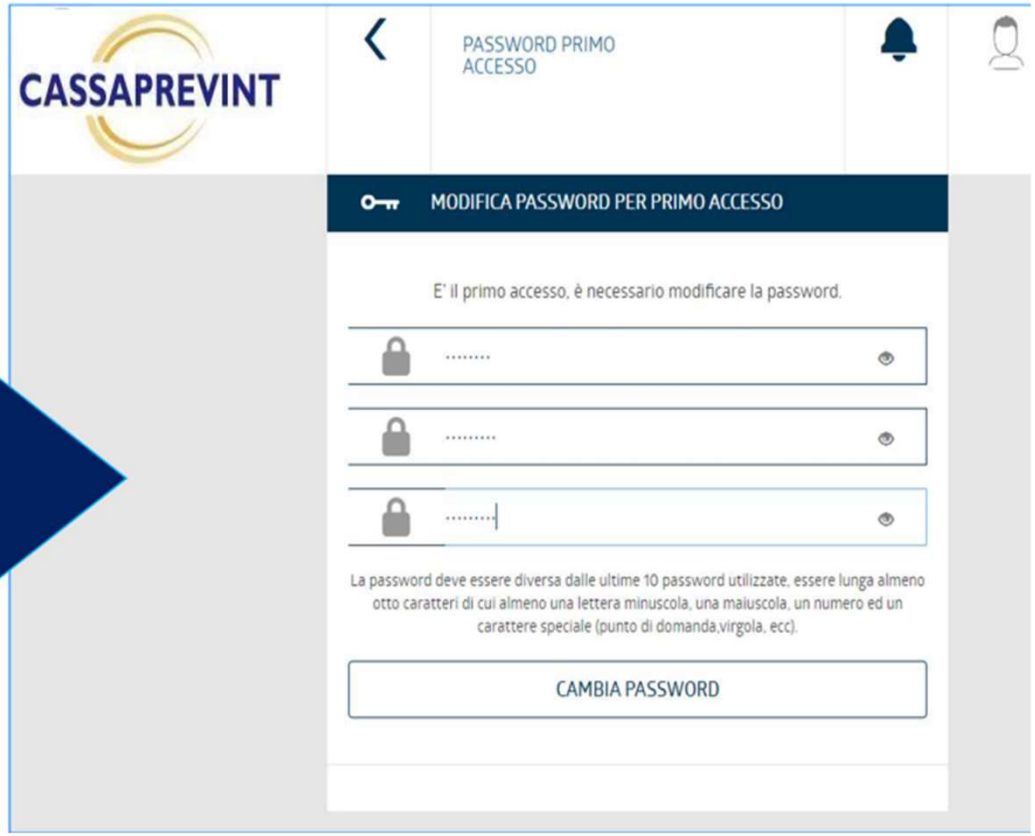
riservatezza

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.

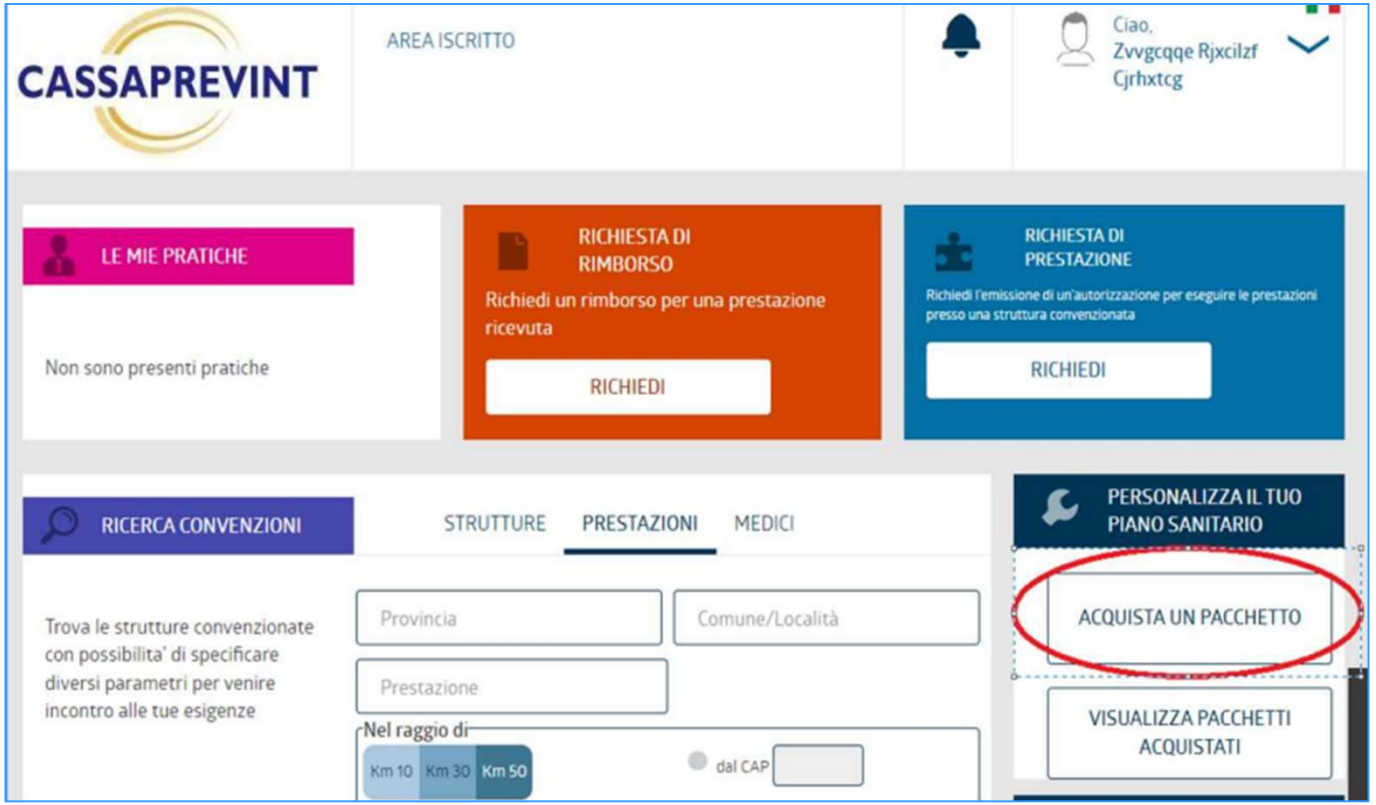
Previmedical®
Servizi per la Sanità Integrativa

0- modifica password di primo accesso





1- inizializzare la procedura di completamento della copertura assicurativa



Cliccare su questo pulsante per attivare la funzione

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?

SÌ | NO

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

Esclusioni se/o limitazioni

SÌ | NO

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

SÌ | NO

Scoperti e/o franchigie

SÌ | NO

Massimali/capitali/somme assicurate

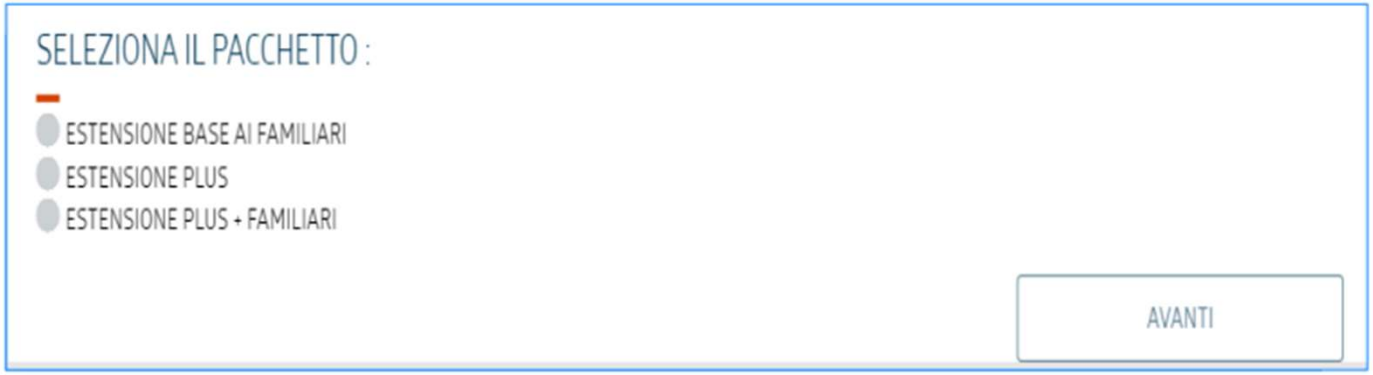
SÌ | NO

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**



4- inserimento dei familiari

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

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

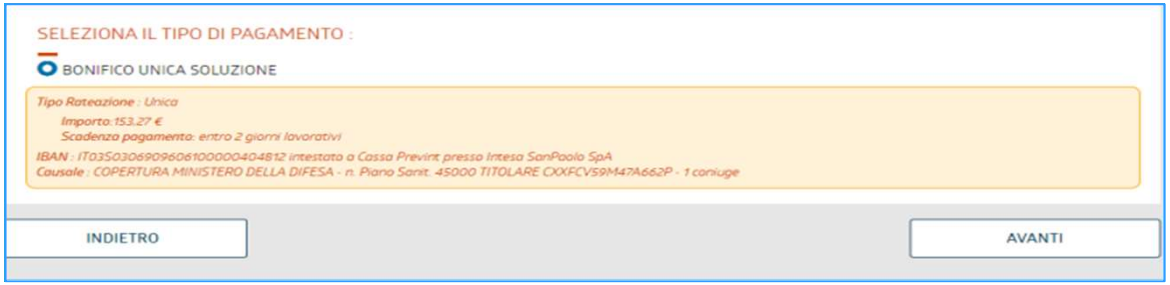
5- Preventivo di spesa per il nucleo inserito

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

Nel caso premendo INDIETRO si può rivedere la composizione del nucleo

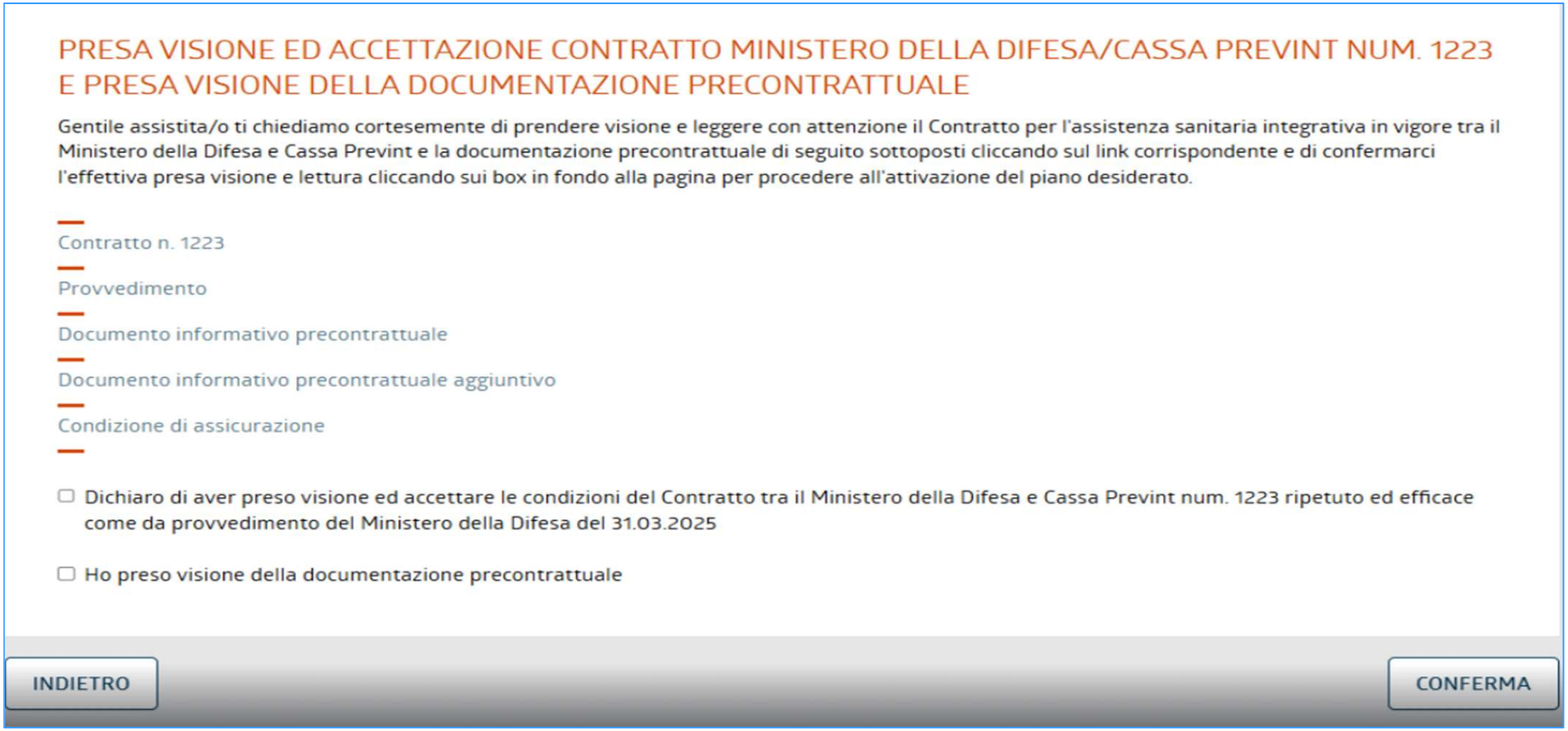
6- modalità di pagamento

Selezionare l'opzione disponibile e premere **AVANTI**



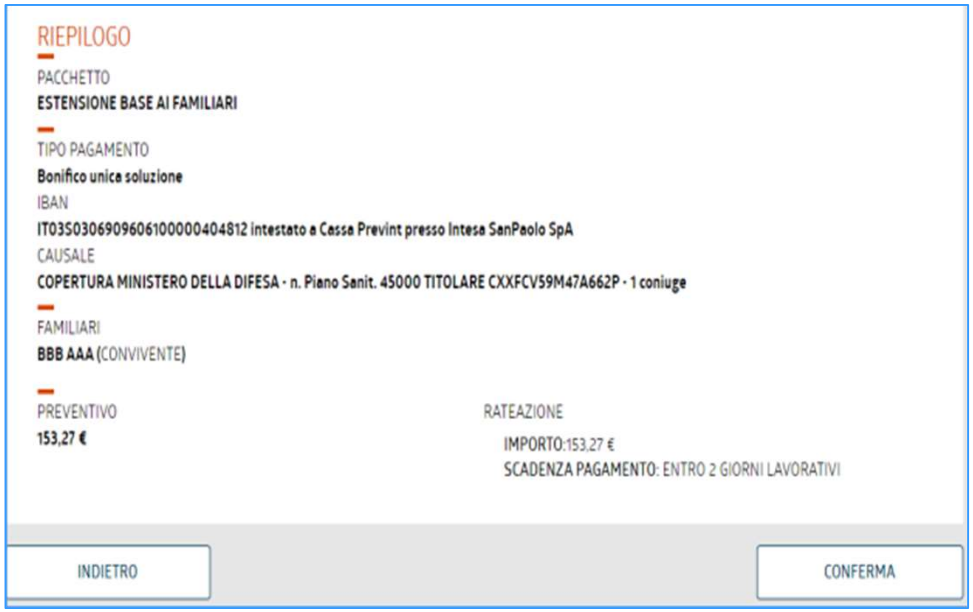
Cliccare su questo pulsante per proseguire

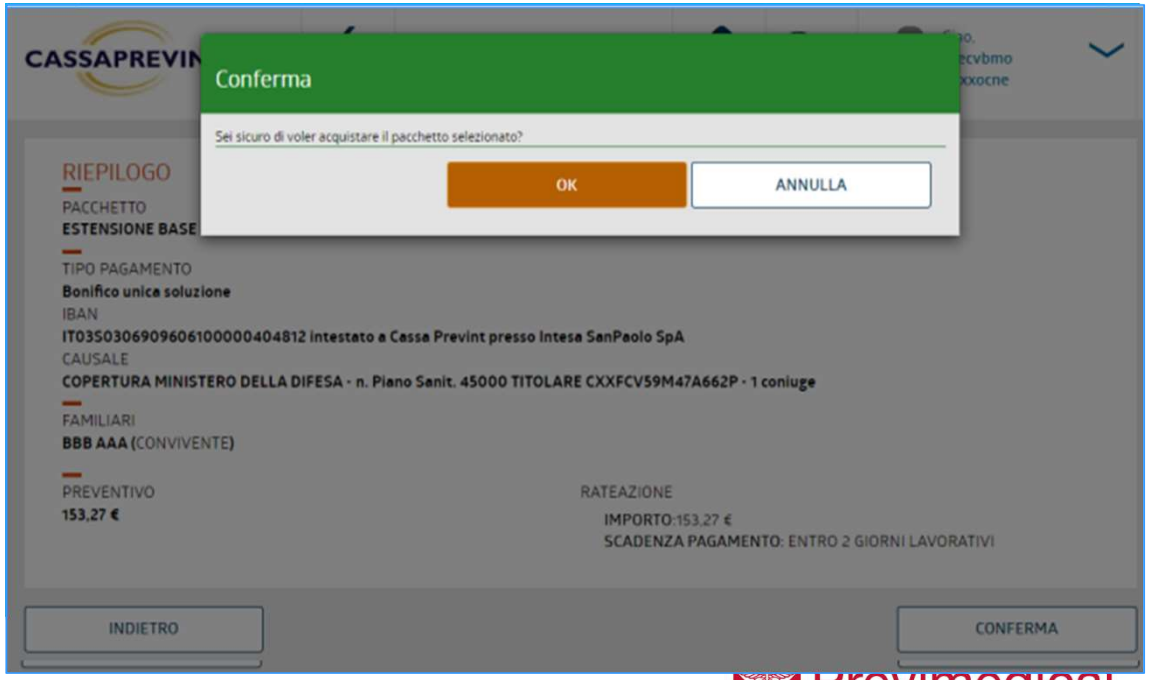
7- Presa visione dei documenti



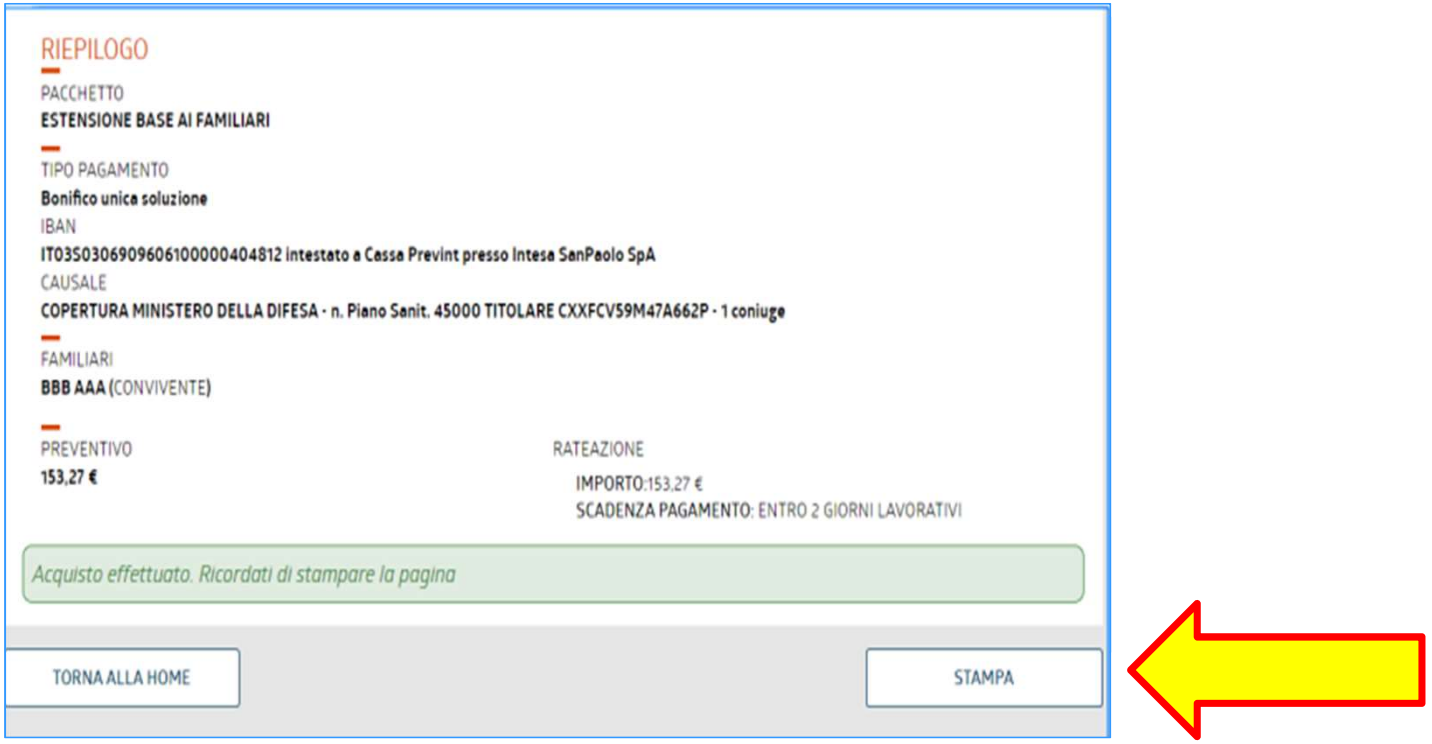
8- riepilogo e conferma finale

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





9- esito


RIEPILOGO
PACCHETTO
ESTENSIONE BASE AI FAMILIARI
TIPO PAGAMENTO
Bonifico unica soluzione
IBAN
IT03503069096061000004048l2 intestato a Cassa Prevint presso Intesa SanPaolo SpA
CAUSALE
COPERTURA MINISTERO DELLA DIFESA - n. Piano Sanit. 45000 TITOLARE CXXFCV59M47A662P - 1 coniuge
FAMILIARI
BBB AAA (CONVIVENTE)
PREVENTIVO
153,27 €
RATEAZIONE
IMPORTO:153,27 €
SCADENZA PAGAMENTO: ENTRO 2 GIORNI LAVORATIVI
Acquisto effettuato. Ricordati di stampare la pagina
TORNA ALLA HOME
STAMPA

10- stampa

CASSAPREVINT
Ciao,
Fcecvbmo Cuxxocne
RIEPILOGO
PACCHETTO
ESTENSIONE BASE AI 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 CXXFCV59M47A662P - 1 coniuge
FAMILIARI
BBB AAA (CONVIVENTE)
PREVENTIVO
153,27 €
RATEAZIONE
IMPORTO:153,27 €
SCADENZA PAGAMENTO: ENTRO 2 GIORNI LAVORATIVI
Acquisto effettuato. Ricordati di stampare la pagina
TORNA ALLA HOME
STAMPA