



# 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

LOG IN

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 'AREA ISCRITTO'. On the right, there is a notification bell, a user profile icon with the name 'Ciao, Zvvgcqge Rjxcilzf Cjrhxtcg', and a dropdown arrow. Below this are three main action cards: 'LE MIE PRATICHE' (with a person icon and text 'Non sono presenti pratiche'), 'RICHIESTA DI RIMBORSO' (with a document icon and text 'Richiedi un rimborso per una prestazione ricevuta'), and 'RICHIESTA DI PRESTAZIONE' (with a puzzle piece icon and text 'Richiedi l'emissione di un'autorizzazione per eseguire le prestazioni presso una struttura convenzionata'). Each card has a 'RICHIEDI' button. Below these is a search section for 'RICERCA CONVENZIONI' with tabs for 'STRUTTURE', 'PRESTAZIONI', and 'MEDICI'. It includes a search bar and filters for 'Provincia', 'Comune/Località', 'Prestazione', and 'Nel raggio di' (with options 'Km 10', 'Km 30', 'Km 50' and a 'dal CAP' field). On the right side of the search section is a 'PERSONALIZZA IL TUO PIANO SANITARIO' panel containing two buttons: 'ACQUISTA UN PACCHETTO' (circled in red) and 'VISUALIZZA PACCHETTI ACQUISTATI'. A large yellow arrow points from the right towards the 'ACQUISTA UN PACCHETTO' button.

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?

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

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

Scoperti e/o franchigie

Massimali/capitali/somme assicurate

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

### 3- selezione della tipologia di copertura



SELEZIONA IL PACCHETTO :

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

AVANTI

## 4- inserimento dei familiari

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

INSERIMENTO DATI NUCLEO FAMILIARE

COGNOME: [BENSO] NOME: [CAMILLO]

PARENTELA: [SELEZIONA...]

CODICE FISCALE: [gg/mm/aaaa]

SESSO: [SELEZIONA...]

DATA INIZIO COPERTURA: [ ]

In relazione al trattamento delle informazioni personali in questa sezione, si prega di leggere attentamente la sezione 8 dell'Informativa Privacy.  Presto il consenso (\*)

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

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

AGGIUNGI ALTRO FAMILIARE +

PARENTELA: [ ]  
CODICE FISCALE: [DGNCL85A41H501W]  
SESSO: [FEMMINA]  
DATA INIZIO COPERTURA: [1 GEN 2024]

CONIUGE: [ ]  
DATA NASCITA: [1 GEN 1985]  
CARICO FISCALE: [A CARICO]

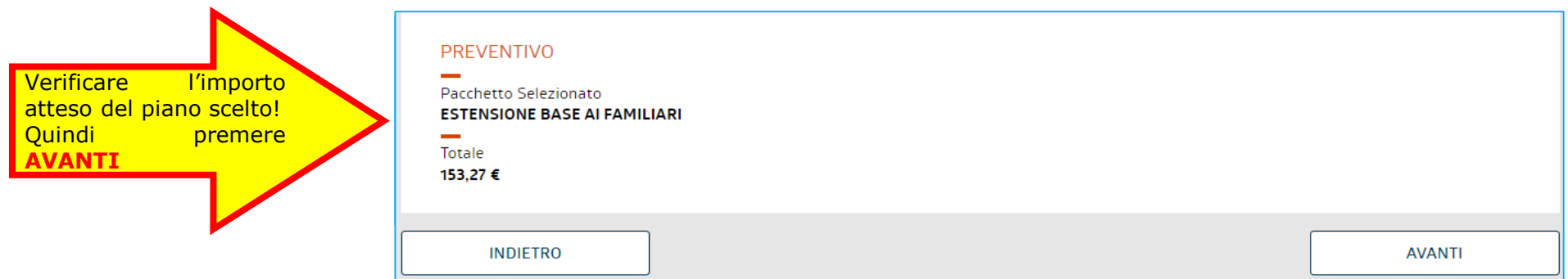
INDIETRO

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 FAMILIARI**

—  
Totale  
**153,27 €**

INDIETRO AVANTI

## 6- modalità di pagamento



SELEZIONA IL TIPO DI PAGAMENTO :

BONIFICO UNICA SOLUZIONE

INDIETRO AVANTI



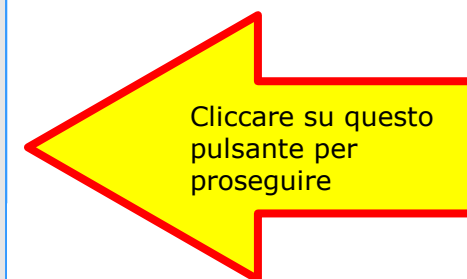
SELEZIONA IL TIPO DI PAGAMENTO :

BONIFICO UNICA SOLUZIONE

*Tipo Rateazione : Unica*  
*Importo: 153,27 €*  
*Scadenza pagamento: entro 2 giorni lavorativi*

*IBAN : IT0350306909606100000404812 intestata a Cassa Prevint presso Intesa SanPaolo SpA*  
*Causale : COPERTURA MINISTERO DELLA DIFESA - n. Piano Sanit. 45000 TITOLARE CXXFCV59M47A662P - 1 coniuqe*

INDIETRO AVANTI





## 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 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 CXXFCV59M47A662P - 1 coniuge

**FAMILIARI**  
**BBB AAA (CONVIVENTE)**

**PREVENTIVO**  
153,27 €

**RATEAZIONE**  
IMPORTO:153,27 €  
SCADENZA PAGAMENTO: ENTRO 2 GIORNI LAVORATIVI

INDIETRO      CONFERMA

**CASSAPREVINT**

**Conferma**

Sei sicuro di voler acquistare il pacchetto selezionato?

OK      ANNULLA

**RIEPILOGO**

**PACCHETTO**  
**ESTENSIONE BASE AI 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 CXXFCV59M47A662P - 1 coniuge

**FAMILIARI**  
**BBB AAA (CONVIVENTE)**

**PREVENTIVO**  
153,27 €

**RATEAZIONE**  
IMPORTO:153,27 €  
SCADENZA PAGAMENTO: ENTRO 2 GIORNI LAVORATIVI

INDIETRO      CONFERMA

**RIEPILOGO**

PACCHETTO  
**ESTENSIONE BASE AI 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 CXXFCV59M47A662P - 1 coniuge**

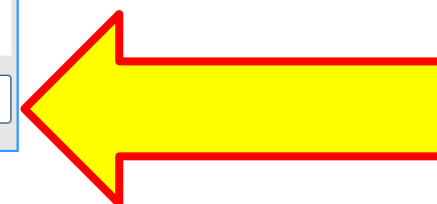
FAMILIARI  
**BBB AAA (CONVIVENTE)**



PREVENTIVO  
**153,27 €**

RATEAZIONE  
IMPORTO:153,27 €  
SCADENZA PAGAMENTO: ENTRO 2 GIORNI LAVORATIVI

Acquisto effettuato. Ricordati di stampare la pagina

TORNA ALLA HOME      STAMPA



**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](#)