

Ed. 01/2026

PIANO SANITARIO



Per clienti e soci di Banca Etica da 35 a 72 anni

Eticare per me

CLIENTI: € 24/mese

SOCI: € 23/mese

- Rimborso dei Ticket Sanitari
- Visite Specialistiche e Diagnostica
- Odontoiatria
- Maternità e Gravidanza
- Programmi di prevenzione
- Lenti
- Presidi sanitari e protesi
- Assistenza sanitaria e socio-sanitaria H24
- Risparmio fino al 70% nelle Strutture Convenzionate

IL PIANO ETICARE PER ME GARANTISCE:

- **Accertamenti diagnostici di alta specializzazione**

Fino a € 2.000 l'anno

- **Visite specialistiche**

Fino a € 750 l'anno

- **Ticket per accertamenti diagnostici generali e pronto soccorso**

Fino a € 500 l'anno

- **Prevenzione odontoiatrica**
Una seduta annuale di ablazione del tartaro

- **Cure odontoiatriche**

Fino a € 600 l'anno

- **Cure odontoiatriche da infortunio**

€ 1.500 l'anno

- **Analisi e accertamenti per la gravidanza**

Fino a € 750 l'anno

- **Programmi di prevenzione cardiovascolare, oncologica donna e uomo**

1 percorso prevenzione ogni 36 mesi

- **Lenti da vista**
Fino a € 100 ogni 2 anni di copertura

- **Presidi sanitari e protesi**

Fino a € 150 l'anno



- **Videoconsulto medico e psicologico**

Fino a **3 volte l'anno**

- **Tutoring assistenziale per caregiver**

Fino a **3 volte l'anno**

- **Assistenza H24**

L'assistito ha diritto ad un'**assistenza sanitaria h24** per emergenze come:

- Assistenza socio sanitaria
- Assistenza in viaggio

DAL MOMENTO DELL'ATTIVAZIONE, DOPO QUANTO POSSO CHIEDERE I RIMBORSI?

PRESTAZIONI	TEMPI
Tutte le prestazioni conseguenti ad infortunio, comprese le cure odontoiatriche	30 giorni
Tutte le prestazioni conseguenti a malattia, comprese le cure odontoiatriche	120 giorni
Percorsi di prevenzione	90 giorni
Gravidanza e ad aborto spontaneo o post traumatico	90 giorni
Parto, puerperio e Tutela Speciale Neonati	168 giorni
Protesi non acustiche e presidi sanitari	120 giorni
Protesi acustiche	730 giorni
Prestazioni legate a chirurgia oculistica	730 giorni

Le malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami clinici prima dell'entrata in vigore del Piano Sanitario sono reintegrate in copertura a partire dal 4° anno dall'iscrizione. Nel caso di sospensione superiore ai 6 mesi o nuova iscrizione a seguito di disdetta del Piano Sanitario, i termini di carenza saranno riconsiderati per intero.

INIZIA A RISPARMIARE SULLE TUE SPESE MEDICHE



ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

Modalità applicabile solo scegliendo una struttura sanitaria convenzionata con il Network di Cooperazione Salute. L'iscritto paga l'importo previsto dal Piano Sanitario, il resto della prestazione è saldata da Cooperazione Salute.



ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

L'iscritto salda alla struttura sanitaria la prestazione ricevuta e successivamente richiede il rimborso previsto dal Piano Sanitario a Cooperazione Salute.



TARIFFARI AGEVOLATI

L'aderente accede a prezzi agevolati per prestazioni nelle strutture convenzionate con il Network di Cooperazione Salute, anche per quelle non previste dal piano sanitario. L'elenco delle tariffe agevolate è presente nell'Area Riservata Iscritti che trovi in www.cooperazionealute.it



VADEMECUM



REGISTRAZIONE ALL'AREA RISERVATA ISCRITTI

Ricordati di iscriverti alla tua Area Riservata per utilizzare il Piano Sanitario.



USO DEL PIANO SANITARIO

Prima di una visita o un esame verifica sempre nel tuo Piano Sanitario se la prestazione sanitaria è compresa; per approfondimenti contatta l'Assistenza tramite la tua Area Riservata.



IMPEGNATIVA SANITARIA

Ogni richiesta di rimborso deve essere sempre corredata dall'impegnativa del Medico di Medicina Generale o di uno Specialista riportante il quesito diagnostico o la patologia..



STRUTTURE CONVENZIONATE

Tramite la tua Area Riservata puoi consultare il Network delle strutture sanitarie e odontoiatriche convenzionate con Cooperazione Salute e le relative prestazioni specialistiche convenzionate.



TEMPISTICHE

Hai 60 giorni di tempo per caricare le tue pratiche e richiedere il rimborso in modalità indiretta.



PATOLOGIE PREGRESSE E CARENZE

Controlla nel tuo Piano Sanitario i tempi di carenza e le tempistiche per il reinserimento delle patologie pregresse.



TEMPI E MODALITÀ DI DISDETTA

Disdetta o cambio piano devono essere comunicati tramite raccomandata o PEC entro 60 giorni prima della fine dell'anno.



CONTATTI

Per informazioni:

welfare@bancaetica.com
bancaetica.it