FONDO SANITARIO

***PRESENTAZIONE***

FONDO SANITARIO PER I DIPENDENTI DEL

GRUPPO POSTE ITAIANE

Destinatari del Fondo sono tutti i dipendenti in servizio con un’età massima di 70 anni.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento, esodo incentivato o accesso al fondo d solidarietà, il dipendente mantenere, a proprio carico, il diritto alle coperture sanitarie versando laquota annua dovuta. In tal caso il soggetto è assicurabile fino al compimento dei 75 anni di età.

Il fondo prevede due PIANI **BASE** – a carico dell’azienda

**PLUS** –a totale carico del dipendente

PIANO BASE

PRESTAZIONI

Ricovero in istituto di cura per **GRAVI INTERVENTI CHIRURGICI** Indennità sostitutiva giornaliera per **GRAVI INTERVENTI CHIRURGICI** **Diagnostica** di Alta Specializzazione

**Visite Specialistiche** Ambulatoriali**Mamma e Bambino**

Prevenzione **Cardiovascolare** ed **Oncologica** Prestazioni **Odontoiatriche**

Ricovero in Istituto di cura per Gravi Interventi Chirurgici

* Rimborso massimo annuale per assistito: € 75.000
* Rimborso massimo per evento: € 50.000
* Copertura totale delle seguenti voci legate al ricovero(se in struttura convenzionata, altrimenti scoperto del 20%):
  + Onorari chirurgo ed equipe
  + Diritti di sala operatoria
  + Materiale necessario per l’intervento ed apparecchi protesici
  + Assistenza medica e specialistica, medicinali ed esami erogati durante il periodo di ricovero
* Retta di degenza e retta per accompagnatore: € 300 / 55 al giorno
* Assistenza infermieristica individuale privata: max € 50 al giorno
* Viaggio e trasporto dell’assisitito e di un accompagnatore da e all’Istituto di cura o tra due Istituti di cura : max rimborabile € 750 per ricovero con scoperto del 20%
* Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuate nei 90 gg prima del ricovero e prestazioni sanitarie effettuate nei 90 gg successivi al ricovero: rimborso max annuo per assistito € 1850, rimborso max per evento €850, con scoperto del 15% su strutture convenzionate e del 40% fuori dal circuito convenzionato

Indennità sostitutiva per Grandi Interventi Chirurgici

Si applica nel caso in cui l’assistito non richieda alcun rimborso né per il ricovero, né per altra prestazione ad esso correlata.

L’indennità corrisponde a € 100 al giorno per ogni giorno di ricovero con pernottamento, per un massimo di 30 giorni per ciascun evento.

Diagnostica di Alta Specializzazione

Rimborso annuo massimo per assistito: € 1750

Se ci si rivolge alle struttura convenzionate si applica una franchigia di 25 €

Se ci si rivolge fori dal Network convenzionato c’è uno scoperto del 50% con un minimo NON indennizzabile di 80 €

Visite Specialistiche Ambulatoriali

Rimborso annuo massimo per assistito: €600, per ogni visita specialistica resta a carico dell’assistito l’importo di €25 se la visita viene effettuata presso la rete convenzionata, altrimenti il rimborso massimo per ogni visita è di €40

Mamma e Bambino

ACCERTAMENTI PRE PARTO – ECOGRAFIE -

Massimo rimborso annuo €300, con un minimo NON indennizabile di €25 ed uno scoperto del 30% nelle strutture convenzionate e del 50% fuori dalle strutture convenzionate

INDENNITA’ SOSTITUTIVA PER IL PARTO

Prevista solo per il Ricovero nelle strutture del SSN. L’indennità è di €35 per ogni giorno di ricovero, fino ad un massimo di 7 giorni.

NEONATO

Copertura spese per interventi (comprese visite, accertamenti, retta accompagnatore) effettuati nel primo anno di vita del neonato al fine di correggere malformazioni congenite. La copertura è di €2500.

Prevenzione Cardiovascolare ed Oncologica

Le prestazioni, di cui è previsto un elenco tassativo, sono riconoscibili in un’unica soluzione, erogate una volta ogni tre anni, solo per assistiti con età superiore ai **45** anni.

L’elenco è differenziato tra UOMO e DONNA e comprende una serie di **esami**, oltre ad **E.C.G.** di Base e specifiche **ecografie** (Prostatica evescicale per l’uomo, mammografia bilaterale per la donna).

Rimborso massimo per assistito €150, con un minimo NON indennizzabile €25 e franchigia minima del 10%.

Prestazioni Odontoiatriche

* **Diagnosi e prevenzione**: 2 visite l’anno, 2 RX, 2 ablazioni del tartaro

(per le ablazioni è prevista una franchigia di € 35)

* **Emergenza Odontoiatrica**: 1 visita, 1 RX, trattamento di prontosoccorso, 1 otturazione/ricostruzione temporanea
* **Conservativa**: 2 otturazioni gratuite se di 1 superficie, se riguardano 2o 3 superfici c’è una franchigia di 10 €

PIANO PLUS

PRESTAZIONI

• RENDITA ANNUA pagata per tutta la vita in caso di **NON AUTOSUFFICIENZA** €12.000

* RIMBORSO TICKET SANITARI per **accertamenti diagnostici** e di **Pronto**

**Soccorso**

max €300 annuo con un max di rimborso singolo di €35

• CAPITALE FISSO per diagnosi di **GRAVE MALATTIA** €10.000

• CAPITALE FISSO in caso di **DECESSO** DA MALATTIA O INFORTUNIO €30.000

COSTI A CARICO DEL DIPENDENTE

Sono a carico del dipendente, con trattenuta in busta paga, il costo relativo al pacchetto PLUS, nonché l’eventuale estensione della copertura ai familiari.

In questo caso verranno assicurati tutti i componenti del nucleo familiare, indipendentemente dal loro numero, e con le stesse garanzie previste per il dipendente\*:

IPOTESI BASE per il nucleo familiare € **18,75**

IPOTESI BASE se è assicurato solo il dipendente € **10,25** se è assicurato il nucleo familiare € **44,38**

\*ciò significa che se il dipendente opta per l’ipotesi plus, obbligatoriamente tale pacchetto deve essere sottoscritto nell’estensione familiare.