

Scrittura manoscritta

Guida al Piano Sanitario
per il personale non dirigente di Poste Italiane
SpA e delle società del Gruppo Poste Italiane

Scrittura manoscritta

Scrittura manoscritta

Scrittura manoscritta

Scrittura manoscritta

Sommario

TBD

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Piano Sanitario per il personale non dirigente di Poste Italiane SpA e delle società del Gruppo Poste Italiane.

Il presente piano sanitario - opzioni BASE e PLUS - (di seguito il "Piano sanitario" o il "Piano") è stato costituito *ad hoc* dal Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita (di seguito, il "**Fondo**") per il personale non dirigente di Poste Italiane SpA e delle società del gruppo Poste Italiane che vi hanno aderito con accordo collettivo del Il Piano è finalizzato a fornire copertura ai rischi sanitari, come nello stesso individuati. Pertanto, ciascuna società appartenente al Gruppo Poste Italiane, potrà singolarmente richiedere al Fondo di aderire al presente Piano Sanitario.

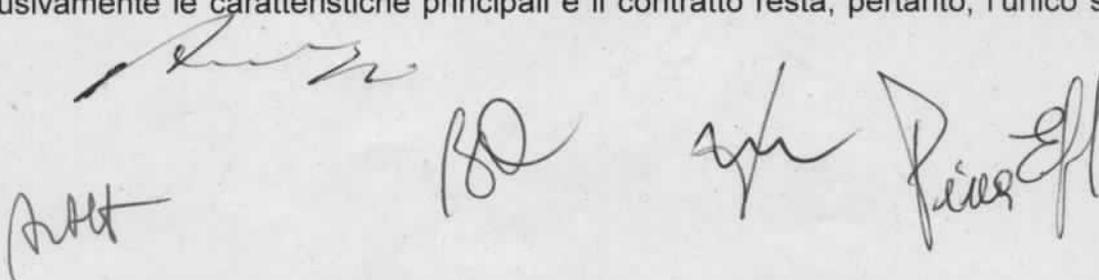
Eventuali modifiche potranno essere apportate esclusivamente nel rispetto di quanto previsto dall'art. 12 co. 12 del Regolamento Adesioni Collettive del Fondo ovvero nel caso in cui il Fondo ritenga di accogliere le eventuali proposte avanzate in sede di Osservatorio Paritetico sulla Sanità Integrativa, come di seguito meglio definito.

Come previsto dall'accordo collettivo del....., il Piano sanitario ha durata fino al, data di scadenza del CCNL per il personale non dirigente di Poste Italiane S.p.A.. Tre mesi prima della scadenza sopra indicata le Parti stipulanti l'accordo di adesione al Fondo si incontreranno per definire le condizioni di prosecuzione dell'assistenza sanitaria integrativa, da sottoporre al Fondo medesimo per il successivo rinnovo delle coperture sanitarie. Il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita è una forma di assistenza sanitaria complementare a gestione convenzionata, che affida la copertura delle prestazioni alle seguenti compagnie assicurative:

- la componente danni (*i.e.*, malattia) a Poste Assicura S.p.A.;
- la componente vita (*i.e.*, rendita in caso di non autosufficienza, "LTC", Critical Illnes, Copertura Caso Morte "TCM") a Poste Vita S.p.A.

Le prestazioni offerte dai piani sanitari debbono intendersi garantite dal Fondo per il tramite delle predette compagnie assicurative, relativamente alla componente di loro competenza.

La presente Guida è stata predisposta in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire il Regolamento del Fondo né i contratti assicurativi intercorrenti tra il Fondo e le compagnie assicurative. La Guida ne evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali e il contratto resta, pertanto, l'unico strumento





valido per un completo ed esauriente riferimento, ivi incluso l'estratto delle Condizioni Generali di Assicurazione, consegnato a ciascun Assistito.

Guida per gli Assistiti

La Guida illustra le prestazioni offerte dal Fondo in merito al Piano sanitario per il personale non dirigente di Poste Italiane SpA e delle società del Gruppo Poste Italiane con indicazione delle procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedervi.

Per le definizioni utilizzate nel documento, salvo ove diversamente specificato, si rinvia a quanto indicato nel Glossario contenuto nell'Allegato 7. Il Fondo si avvale di una rete di convenzionamenti diretti, messi a disposizione dal TPA (Poste Welfare Servizi S.p.A.) della compagnia Poste Assicura S.p.A., e stipulati con più di 4.000 strutture sanitarie presenti in tutto il territorio italiano (di seguito, il "**Network Convenzionato**"). Un collegamento telematico tra il Network Convenzionato e il Fondo consente di verificare l'assistibilità di ciascun interessato in tempo reale, 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno.

Il Network Convenzionato comprende varie tipologie di strutture sanitarie (ospedali, policlinici universitari, case di cura, centri odontoiatrici, poliambulatori diagnostici, *day hospital*, *day surgery*, centri fisiokinesiterapeutici e laboratori di analisi) e vanta al suo interno le migliori strutture sanitarie presenti sul territorio nazionale. È un *network* in rapido e continuo sviluppo, qualificato, di eccellenza e puntualmente presidiato.

Nelle strutture sanitarie convenzionate le prestazioni erogate sono a carico del Fondo, nei limiti ed entro i massimali previsti da ciascun Piano Sanitario. Di conseguenza, gli assistiti possono fruire delle prestazioni che rientrano nei suddetti limiti, senza effettuare alcun anticipo economico.

Per ottenere maggiori informazioni sulle garanzie del proprio Piano Sanitario, l'Assistito può contattare il *contact center* del Fondo al numero verde  attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 17.00.

Sul sito internet del Fondo, www.postevitafondosalute.it, gli assistiti possono trovare tutti gli aggiornamenti e le novità relative al Piano Sanitario.





Assistiti

Il Piano Sanitario si rivolge al personale dipendente non dirigente, con contratto a tempo indeterminato, terminato l'eventuale periodo di prova, ivi inclusi gli apprendisti, di Poste Italiane SpA e delle società del gruppo Poste Italiane che applicano il CCNL per il personale non dirigente di Poste Italiane S.p.A. (d'ora in poi, per brevità, convenzionalmente denominate "**Datore**" o "**Società**"). In particolare, il presente Piano si intenderà applicabile al personale dipendente non dirigente, con contratto a tempo indeterminato, terminato l'eventuale periodo di prova, ivi inclusi gli apprendisti (di seguito, per brevità, convenzionalmente denominati "**Dipendenti**" o "**Dipendente**" al singolare), delle Società che avranno manifestato singolarmente l'interesse ad aderire al Fondo.

I dipendenti, fruitori delle prestazioni erogate dal Fondo secondo le previsioni dello Statuto, del Regolamento del Fondo e del presente Piano Sanitario, possono estendere l'iscrizione anche ai componenti del proprio nucleo familiare.

Per "nucleo familiare" si intende:

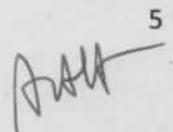
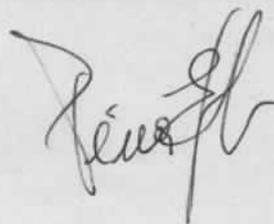
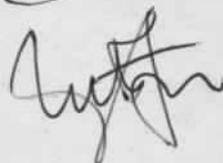
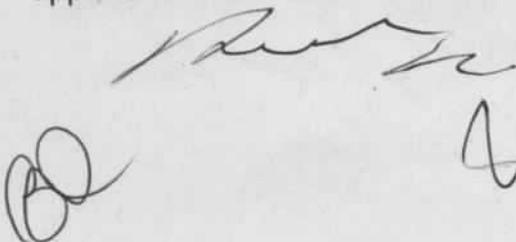
1. il coniuge;
2. il convivente *more uxorio* (coppie di fatto) da almeno un anno prima dell'inizio della copertura sanitaria;
3. i figli fiscalmente a carico, secondo le vigenti disposizioni di legge, di uno dei due coniugi/conviventi e sino al compimento del 26° anno di età, ove non totalmente inabili. In particolare, deve considerarsi inabile, ai sensi di quanto disposto dalla legge chi, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

L'estensione al nucleo familiare, se richiesta, deve essere totale (*i.e.*, rivolta a tutti i componenti aventi le predette caratteristiche).

Questi soggetti, assieme ai Dipendenti, di seguito sono definiti "**Assistiti**" o "**Assistito**" se al singolare.

Limiti di età

La copertura vale per i Dipendenti di età massima non superiore a 70 anni, mentre per gli appartenenti al nucleo familiare l'età massima non potrà essere superiore a 65 anni.



Quanti raggiungano l'età massima in vigenza di copertura sono assistiti fino al 31 dicembre dell'annualità in corso.

Deroghe al Regolamento adesioni collettive del Fondo

Per i Dipendenti che saranno iscritti al Fondo e per i quali è stato prescelto il presente Piano, devono intendersi applicabili le seguenti deroghe e/o integrazioni al Regolamento per le adesioni collettive al Fondo.

Adesione al Fondo: integrazione all'art. 2 "Modalità di Adesione" del Regolamento

Nella fase di avvio del Fondo, l'adesione del Dipendente ed eventualmente del proprio nucleo familiare potrà avvenire, per il tramite del Datore, a decorrere dal (60 gg dalla sottoscrizione del CCNL) e fino al (i 2 mesi successivi).

Superata tale fase, le iscrizioni al Fondo potranno intervenire solo a partire dal 1° gennaio dell'anno successivo, dandone comunicazione, per il tramite del Datore, al Fondo con un preavviso di almeno 30 giorni.

Per i dipendenti assunti successivamente alla data di decorrenza dell'adesione della Società al Fondo, l'iscrizione di sé stesso ed eventualmente del proprio nucleo familiare potrà avvenire, per il tramite del Datore, entro e non oltre 3 mesi dal termine dell'eventuale periodo di prova previsto, ovvero, dalla data di assunzione, ove non presente.

Nel caso di variazione del nucleo familiare, il Dipendente potrà optare per l'estensione delle prestazioni al nucleo stesso entro 2 mesi dall'evento che ha dato origine alla suddetta variazione.

Cessazione del rapporto di lavoro e mantenimento delle coperture assicurative: deroghe all'art. 3 "Assistiti", comma 2 del Regolamento

La seguente deroga deve intendersi applicabile esclusivamente in caso di cessazione del rapporto di lavoro del Dipendente, per le seguenti cause:

- quiescenza;
- risoluzione consensuale;
- accesso alle prestazioni straordinarie del Fondo di Solidarietà per i Dipendenti del Gruppo Poste Italiane.



Nei predetti casi, il Dipendente cessato ed il suo nucleo familiare, se destinatari delle prestazioni del "Fondo", potranno mantenere il diritto alle coperture sanitarie previste dal pacchetto "Base" del presente Piano tempo per tempo vigente, fino al compimento dell'età massima di 75 anni del Dipendente cessato; nel caso in cui il coniuge compia i 75 anni prima del Dipendente cessato, decadrà da tale momento dalle coperture assicurative.

La scelta della predetta opzione di prosecuzione dell'iscrizione al Fondo andrà espressamente esercitata dal Dipendente all'atto della cessazione del rapporto lavorativo e con l'impegno a versare, ad esclusivo proprio carico, le quote annue tempo per tempo definite per la categoria "pensionati" dal Fondo.

In caso di decesso del pensionato ex Dipendente del Gruppo Poste Italiane, la copertura sanitaria verrà meno anche per relativo nucleo familiare, se assistito.

Variazione delle coperture sanitarie e recesso dall'adesione al Fondo da parte dell'Assistito : integrazione all'art. 3 "Assistiti" del Regolamento

Il Dipendente, qualora abbia scelto il pacchetto "Base", potrà successivamente decidere di aderire al pacchetto "Plus" o, viceversa, in caso di avvenuta adesione al pacchetto "Plus" potrà in un secondo momento tornare al solo pacchetto "Base": in tale ultimo caso, non gli sarà però più consentito di opzionare nuovamente il pacchetto "Plus".

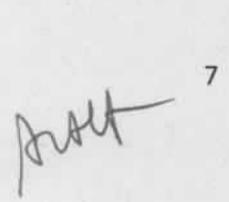
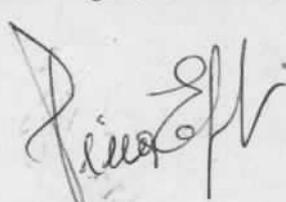
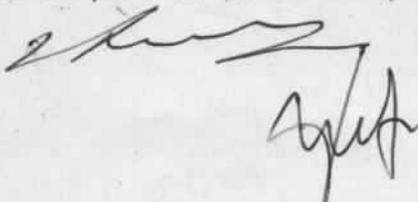
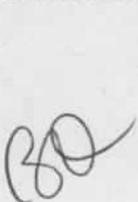
Le predette richieste di variazione dei pacchetti a cui aderire, dovranno essere comunicate, per il tramite del Datore, al Fondo esclusivamente entro il mese di novembre di ciascun anno ed avranno efficacia a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo.

La scelta di variazione del pacchetto operata dal Dipendente riguarderà necessariamente anche i componenti del nucleo familiare, se assistiti.

E' facoltà del Dipendente recedere dall'adesione al Fondo con effetto dal primo giorno del mese successivo alla comunicazione, che dovrà avvenire, per il tramite del Datore, con un preavviso di almeno 15 giorni. In tal caso, il venir meno del diritto alle prestazioni da parte del lavoratore comporta l'analoga contestuale cessazione nei riguardi del nucleo familiare, se assistito.

Il recesso è ostativo all'accoglimento di una successiva richiesta di adesione al Fondo.

E' facoltà del Dipendente recedere dalle coperture del Fondo anche solo con riferimento al proprio nucleo familiare; in tale caso, una successiva richiesta di assistenza del nucleo familiare potrà riguardare esclusivamente i componenti "sopravvenuti" dello stesso rispetto al momento del precedente recesso (nascita di un figlio, matrimonio, ecc.).





Definizione di inabile: integrazione all'art. 4 "Nucleo Familiare", comma 1 del Regolamento

Deve considerarsi inabile, ai sensi di quanto disposto dalla legge, chi, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Periodi di carenza: integrazione all'art. 7 "Periodi di Carenza" del Regolamento

In linea con quanto previsto dall'art. 7 comma 3 del Regolamento, per i Dipendenti non trovano applicazione i periodi di carenza delle prestazioni di cui al suddetto articolo 7; pertanto le relative coperture opereranno, anche per i lavoratori assunti successivamente all'avvio dell'operatività del Fondo, a partire dal primo giorno del mese successivo a quello in cui al Fondo perviene, per il tramite del Datore, comunicazione dell'adesione.

Osservatorio Paritetico Sulla Sanità Integrativa

E' istituito a livello nazionale un Osservatorio Paritetico sulla sanità integrativa dei dipendenti delle Società del Gruppo Poste Italiane.

Composizione

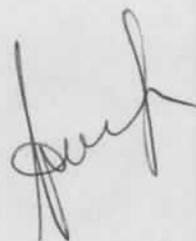
L'Osservatorio è costituito da un componente per ciascuna organizzazione sindacale stipulante il presente CCNL e da una adeguata rappresentanza del Gruppo Poste Italiane, nominata da Poste Italiane S.p.A. anche per conto delle Società che rientrano nel campo di applicazione del suddetto CCNL.

I componenti dell'Osservatorio restano in carica fino alla data del rinnovo del CCNL del e possono essere sostituiti da ciascuna delle Parti stipulanti mediante comunicazione scritta da notificare all'altra Parte.

Compiti e attribuzioni

All'Osservatorio sono assegnati i seguenti compiti e attribuzioni:

- monitorare l'andamento della gestione del Piano Sanitario allo scopo di verificarne la rispondenza con le relative finalità istitutive, sulla base delle informazioni e dei dati forniti dal Fondo stesso, approfondendo anche l'evoluzione legislativa in materia di Fondi Sanitari;



- proporre al Fondo eventuali modifiche alle coperture e prestazioni sanitarie previste dal Piano, sulla base delle risultanze della gestione relativa al precedente esercizio;
- essere preventivamente informato in merito all'eventuale esclusione dal Piano Sanitario degli aderenti che abbiano avuto comportamenti contrari alla correttezza e buona fede;
- proporre al Fondo l'adozione di campagne informative sul Fondo e di prevenzione sanitaria per gli iscritti.

Funzionamento

L'Osservatorio si riunisce almeno due volte all'anno..... (articolato da definire in coerenza con quanto previsto per gli altri organismi partecipativi).

Preventivamente alle riunioni del suindicato Osservatorio, e comunque con cadenza semestrale, il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Poste Vita fornirà tutti i dati e le informazioni necessarie per monitorare l'andamento della gestione del Piano sanitario del Gruppo..

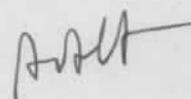
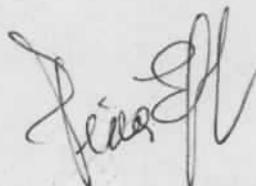
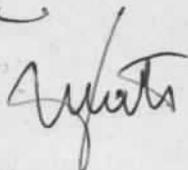
Adesione del Datore al Piano Sanitario

Le modalità di adesione del Datore al relativo Piano sanitario prescelto sono quelle disciplinate all'art. 2 del Regolamento cui si fa espresso riferimento.

Decorrenza della copertura per gli Assistiti

La copertura ha effetto dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo a quello in cui al Fondo perviene, per il tramite del Datore, comunicazione dell'adesione del dipendente.

Il Datore si impegna a comunicare tempestivamente al Fondo, i dati anagrafici dei dipendenti, nei riguardi dei quali deve essere attivata l'assistenza e degli assistiti nei cui confronti si interrompe la copertura.





Ammontare annuo del contributo al Fondo per le prestazioni previste dal Piano Sanitario

Il Piano Sanitario prevede due tipologie di coperture: una copertura "Base" ed una copertura "Plus". Il contributo aziendale concordato con la fonte collettiva consente al Dipendente di fruire di tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario nella versione "Base".

In aggiunta, il Dipendente può, interamente a proprio carico:

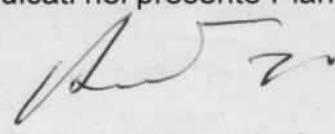
- incrementare le coperture sanitarie aderendo al pacchetto opzionale del Piano Sanitario nella versione "Plus" il cui importo è pari a € annui;
- estendere al nucleo familiare le prestazioni del presente Piano, versando i seguenti contributi, a seconda del pacchetto prescelto:
 - € annui per le prestazioni previste dal pacchetto "Base" del Piano sanitario;
 - €annui per le prestazioni previste dal pacchetto "Plus" del Piano Sanitario.

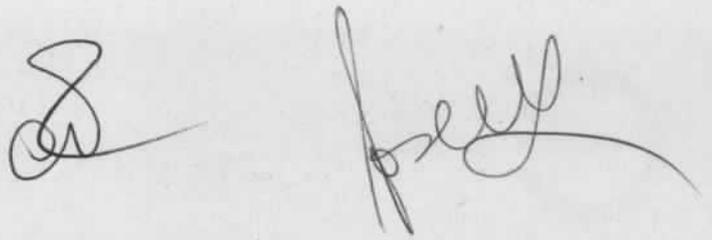


L'accesso alla versione "Plus" o all'estensione al Nucleo Familiare è condizionata alla sussistenza della capacità contributiva del lavoratore, nel rispetto delle norme previste in materia di cessioni e delegazioni.

Versamento del contributo

Il Datore si impegna a versare trimestralmente, in via posticipata, i contributi dovuti al Fondo secondo le previsioni indicate nella presente Guida. Il versamento trimestrale comprende il rateo relativo al contributo dovuto al Fondo da parte dei Dipendenti per l'eventuale estensione alla opzione "Plus" e per l'eventuale estensione di garanzia al nucleo familiare. I contributi dovuti sono comprensivi sia delle spese del Fondo che dei costi delle prestazioni, sempre nel rispetto dei limiti indicati nel presente Piano.





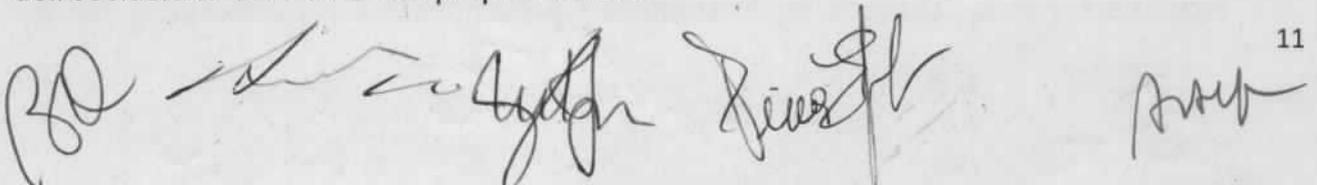
Il versamento del predetto contributo, deve essere effettuato da parte del Datore aderente, mediante SDD o bonifico bancario, entro il giorno 15 del mese successivo alla scadenza trimestrale (15/04, 15/07, 15/10, 15/01). Per trimestri si intendono i periodi: gennaio – marzo; aprile – giugno; luglio – settembre; ottobre – dicembre dell'anno di riferimento.

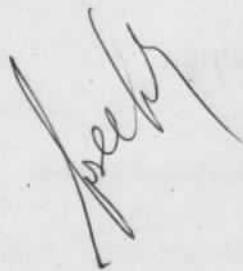
Il giorno 15 dell'ultimo mese di ogni trimestre (es. 15/3, 15/6, 15/9, 15/12), il Fondo attiva e rende disponibile sul proprio portale web (nell'area riservata aziende, per accedere alla quale sono necessari codice e password personale del Datore) la relativa **Distinta** di pagamento. La distinta evidenzia, per il trimestre trascorso, i contributi che il Fondo di assistenza sanitaria integrativa Postevita dovrà ricevere da parte del Datore in relazione alla situazione in anagrafica dei propri Assistiti: è onere del Datore controllare se la distinta è coerente con le trattenute effettuate e con le eventuali segnalazioni fornite dai Dipendenti (iscrizioni/cessazioni/composizione nucleo familiare).

Il Datore potrà effettuare sul sito web del Fondo eventuali modifiche all'anagrafica dei Dipendenti entro l'ultimo giorno del trimestre (es. 31/3, 30/6, 30/9, 31/12). Scaduto detto termine, la modifica al trimestre di riferimento non è più effettuabile .

Il Fondo, in caso di inesattezza, incompletezza o omissione del versamento, interessa tempestivamente il Datore ai fini della relativa regolarizzazione del pagamento dovuto. Trascorsi 30 giorni dalla data in cui il Fondo ha comunicato al Datore l'inesattezza, l'incompletezza o l'omissione, il Fondo stesso (e pertanto le relative compagnie assicurative) potrà valutare la sospensione dell'erogazione di tutte le prestazioni connesse al Piano Sanitario di riferimento.

Il ritardato pagamento dei contributi dovuti per un periodo continuativo di oltre un trimestre comporta la valutazione da parte del Consiglio di Amministrazione del Fondo dell'esclusione del Datore e, conseguentemente, anche la cessazione dell'assistenza di tutti i suoi Dipendenti e loro nuclei familiari, fermo restando l'obbligo di versamento dei contributi pregressi dovuti. Il Fondo si riserva la facoltà di informare gli Assistiti dell'esclusione dal Fondo del proprio Datore.

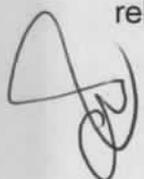




Condizioni di non assistibilità (persone non coperte)

Ai fini dell'operatività delle garanzie Long Term Care (LTC), Critical Illness e Temporanea Caso Morte (TCM) al momento dell'adesione alla copertura, gli assistiti non devono rientrare in una delle condizioni di non assistibilità previste dall'Allegato 5 alla presente Guida.

L'eventuale incasso del contributo, ove siano verificate le condizioni sopra previste di cui all'Allegato 5, non costituisce deroga alla predetta regola. In tal caso il contributo versato relativamente a soggetto non assistibile sarà restituito e la garanzia non opererà.



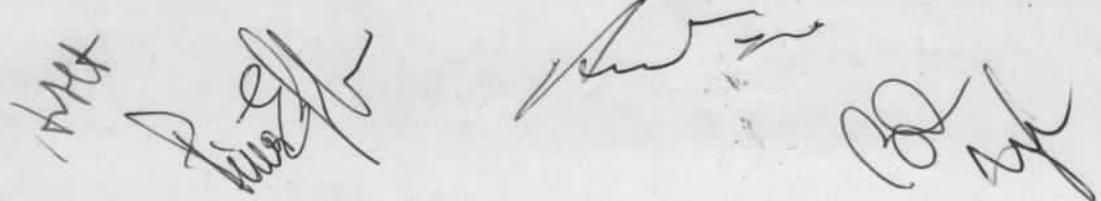
Prestazioni escluse dall'assistibilità

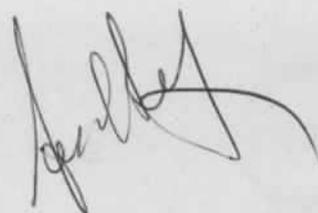
La copertura di talune prestazioni ivi indicate non è operante in alcuni ben definiti casi, illustrati negli Allegati 4 e 6 alla presente Guida.

Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie diverse dalla non autosufficienza, dalla Critical Illness e dalla TCM, del Piano Sanitario

Premesso che la richiesta di estendere le prestazioni del presente Piano a favore dei componenti del proprio Nucleo Familiare va effettuata dal Dipendente, gli Assistiti al Piano Sanitario hanno la possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie, diverse dalla non autosufficienza, dalla Critical Illness e dalla TCM, mediante due modalità:

- **Forma "indiretta"**: il Dipendente invia al Fondo le ricevute che attestano le spese sanitarie sostenute dallo stesso o da un Assistito appartenente al suo Nucleo Familiare presso una qualsiasi struttura sanitaria non convenzionata con il medesimo Fondo. Qualora ne sussistano i presupposti, il Dipendente, a cui è





attribuito il rimborso del caso, riceverà il rimborso delle predette spese (nei limiti e nei massimali previsti dal Piano Sanitario prescelto) mediante bonifico bancario, per il tramite della compagnia assicurativa summenzionata;

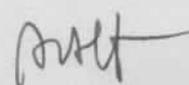
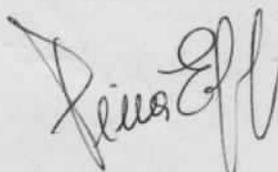
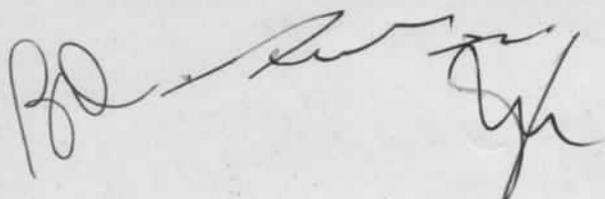
- **Forma "diretta":** l'Assistito usufruisce delle prestazioni sanitarie presso una delle strutture convenzionate (i.e., Network Convenzionato). In questo caso:
 - se il costo delle prestazioni è compreso nei limiti e nei massimali previsti dal Piano Sanitario prescelto, l'Assistito non effettua alcun pagamento alla struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato, al netto di eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili;
 - se il costo delle prestazioni supera i limiti ed i massimali previsti dal Piano sanitario prescelto, l'Assistito deve pagare alla struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato esclusivamente la differenza tra il costo della prestazione e quanto previsto dal Piano sanitario oltre eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili.

Di seguito sono descritte le procedure che l'Assistito deve seguire nel caso in cui usufruisce delle prestazioni sanitarie in forma "indiretta" o in forma "diretta".

Prestazioni sanitarie – Forma "indiretta"

Per richiedere al Fondo il rimborso delle spese sanitarie pagate direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dal Piano Sanitario, il Dipendente potrà procedere in modalità digitale. Nel dettaglio dovrà:

- accedere alla propria area riservata sul portale web del Fondo;
- accedere al menù richieste on-line e, in base alla tipologia della richiesta, utilizzare il pulsante Inserisci nuova richiesta generica o inserisci nuova richiesta odontoiatrica;
- selezionare l'Assistito per il quale si sta inviando la richiesta;
- compilare i campi relativi alla fattura (numero, data, importo e partita IVA);
- caricare mediante "upload" la documentazione di spesa che attesti inequivocabilmente l'avvenuto pagamento delle prestazioni mediche e gli eventuali





obblighi richiesti dal Fondo (la documentazione deve essere caricata come file in formato jpg o pdf);

- in caso di richiesta generica, per ottenere il rimborso della Indennità di ricovero, provvedere all'inserimento della data inizio e fine ricovero;
- in caso di richiesta generica, per ottenere il rimborso della Indennità di ricovero, grandi interventi chirurgici (da ora in avanti GIC), provvedere all'inserimento della data inizio e fine ricovero;
- in caso di richiesta generica, per ottenere il rimborso della indennità sostitutiva parto, provvedere all'inserimento della data inizio e fine ricovero;
- in caso di richiesta generica, per ottenere il rimborso della indennità sostitutiva neonati, provvedere all'inserimento della data inizio e fine ricovero.



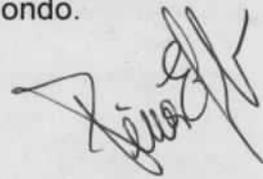
Le richieste acquisite nel portale perverranno direttamente alla Compagnia Poste Assicura che procederà alla valutazione dei rimborsi dovuti secondo la specifica tipologia di Piano.

Le richieste di rimborso relative alle spese sostenute devono essere trasmesse al Fondo nel più breve tempo possibile e comunque entro 90 giorni dalla data indicata nel documento di spesa che attesti la prestazione ricevuta. In caso di più documenti di spesa relativi ad una stessa garanzia dovrà essere considerata la data indicata nel documento di spesa più recente.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, entro 30 giorni dalla data di presentazione della documentazione completa richiesta dal Fondo

Il rimborso delle spese avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN comunicate dal Dipendente in fase di iscrizione al Fondo.

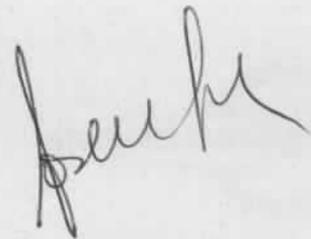
Prestazioni sanitarie – Forma “diretta”



Gli Assistiti che desiderano usufruire delle prestazioni sanitarie in forma “diretta” devono esibire un documento di riconoscimento o quanto espressamente richiesto dalle strutture convenzionate (i.e., Network Convenzionato), al fine di consentire a queste ultime di verificarne la regolare iscrizione al Fondo.

Dopo aver accertato l'assistibilità, e quindi la possibile erogazione delle prestazioni in forma “diretta”, le strutture sanitarie convenzionate con il Fondo erogano la prestazione e



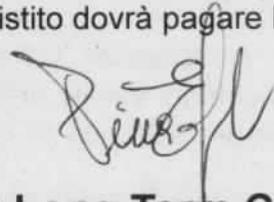


anticipano le spese sostenute dagli Assistiti, nei limiti e nei massimali previsti dalle garanzie del Piano sanitario prescelto.

L'Assistito, per usufruire della prestazione nella struttura sanitaria convenzionata, deve compilare un modulo, predisposto dal Fondo e rilasciato dalle strutture sanitarie, nel quale:

- dichiara di essere a conoscenza che il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita è a gestione convenzionata e che le coperture sanitarie sono affidate alla compagnia assicurativa Poste Assicura S.p.A.;
- si obbliga a saldare direttamente all'Istituto di cura e ai medici convenzionati tutte le prestazioni non contemplate in polizza e qualsiasi eccedenza a suo carico compresi eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili;
- scioglie dal segreto professionale, nei confronti del Fondo, i medici-chirurghi che eseguiranno le prestazioni sanitarie in convenzione, acconsentendo all'eventuale invio da parte di questi ultimi della relativa documentazione sanitaria alla compagnia assicurativa e/o al Fondo;
- fornisce il consenso al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, così come previsto dalla legge 196/03 sulla Privacy;
- si obbliga a rimborsare a posteriori le eventuali spese già liquidate che, dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica, anche successiva all'erogazione delle prestazioni sanitarie stesse, risultassero non contemplate dalle coperture previste.

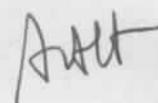
In alcune strutture sanitarie convenzionate potrebbero operare medici che non hanno accertato l'accordo di convenzionamento, in questi casi l'Assistito dovrà pagare la struttura sanitaria e richiedere il rimborso in forma indiretta.



Modalità per usufruire delle prestazioni Long Term Care, Critical Illness e TCM previste dall'opzione Plus del Piano Sanitario

Per richiedere l'erogazione di una delle seguenti prestazioni

"Long Term Care" (LTC), al verificarsi della condizione di non autosufficienza





"Critical Illness" in caso di grave malattia

"TCM", in caso di decesso

L'Assistito, o l'avente diritto, deve presentare la denuncia direttamente alla Compagnia Assicurativa Poste Vita S.p.A., il soggetto a cui verrà demandata l'erogazione delle prestazioni.

I moduli di denuncia per le diverse tipologie di prestazioni sono direttamente scaricabili dal sito www.postevitafondosalute.it. I moduli devono essere compilati in ogni parte, secondo le istruzioni presenti nel modulo stesso.

Il dettaglio della documentazione da allegare a ciascun modulo di denuncia è esplicitato nella sezione del presente documento relativa alle garanzie "Long Term Care", "Critical Illness" e "TCM".

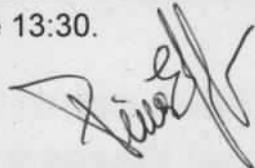
Tutta la documentazione necessaria, opportunamente compilata e firmata, deve essere inviata in formato cartaceo mediante raccomandata a/r a:



Poste Vita S.p.A.
Viale Beethoven, 11
00144, Roma (RM)

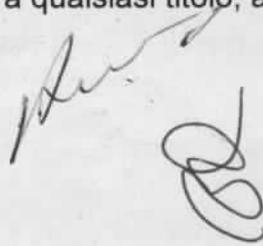
L'erogazione della rendita, in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza, ovvero di un Capitale, in caso di Critical Illness o di Decesso, avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario.

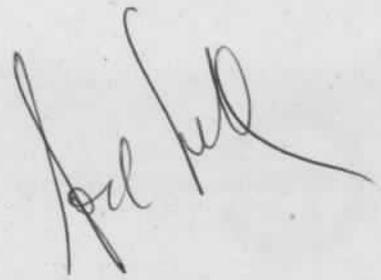
Per ulteriori informazioni sull'erogazione della rendita o dei capitali gli Assistiti possono contattare il contact center di Poste Vita S.p.A. al numero **800.31.61.81** attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9:30 alle 17.00 ed il sabato dalle ore 09:30 alle 13:30.



Assenze e sospensioni del rapporto di lavoro

Nei casi di sospensione del rapporto di lavoro o di assenze (quali, in via esemplificativa e non esaustiva, quelle verificatesi per aspettative o permessi, a qualsiasi titolo, assenze per





malattia, sospensioni dal lavoro, part time ex verticale o ex misto, ecc.), sono mantenuti il diritto alle prestazioni e l'obbligo del versamento della relativa contribuzione.

Nelle ipotesi sopra indicate, qualora si verificasse una situazione di temporanea incapienza della retribuzione, l'Azienda – oltre al regolare versamento della contribuzione a proprio carico - provvederà ad anticipare al Fondo l'importo del contributo a carico del dipendente, ove presente, procedendo al relativo recupero dal lavoratore in un'unica soluzione con le prime competenze utili.

Reclami

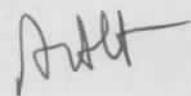
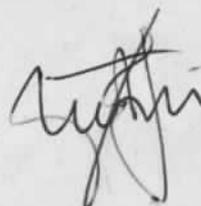
Per presentare reclami relativi alle liquidazioni delle richieste di rimborso per prestazioni sanitarie, inviare apposita comunicazione a Poste Assicura S.p.A., Ufficio Customer Care, Viale Beethoven, 11, 00144 – Roma, fax al n° 06.5492.4402. È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo **reclami@poste-assicura.it**

Per presentare reclami relativi alle garanzie LTC, Critical Illness, TCM (erogazione rendita, Capitali, ecc.), inviare apposita comunicazione scritta a Poste Vita S.p.A. Ufficio Customer Experience e Assistenza Clienti, Viale Beethoven 11, 00144 – Roma, fax al n° 06.5492.4426. È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo **reclami@postevita.it**

Qualora l'Assistito non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;





- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/finservicesretail/finnet/index_en.htm).



In relazione alle controversie inerenti il presente contratto, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi della vigente normativa.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta.

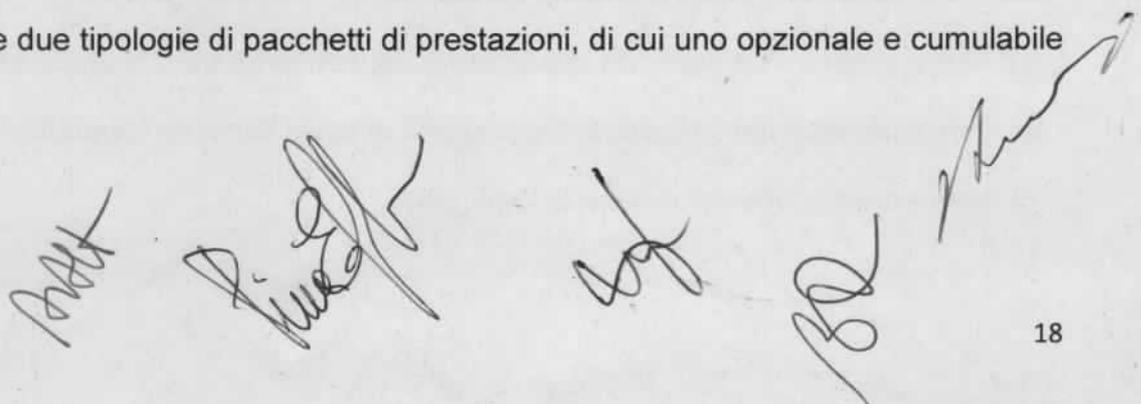
Per presentare reclami al Fondo, diversi da quelli relativi alle attività di liquidazione, inviare apposita comunicazione scritta all'indirizzo della sede legale del Fondo (Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, Reclami, Viale Beethoven, 11., 00144 – Roma).

Nomenclatore delle garanzie incluse nel Piano Sanitario

I seguenti paragrafi sono stati predisposti in modo da costituire un agile strumento esplicativo per gli Assistiti; in nessun caso tuttavia, sostituiscono l'estratto delle Condizioni Generali di Assicurazione consegnate a ciascun Assistito interessato, delle quali evidenziano esclusivamente le caratteristiche principali.

Le relative Condizioni Generali di Assicurazione restano, pertanto, l'unico strumento valido per una completa ed esauriente informativa.

Il Piano prevede due tipologie di pacchetti di prestazioni, di cui uno opzionale e cumulabile con l'altro:



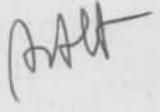
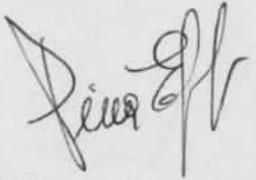
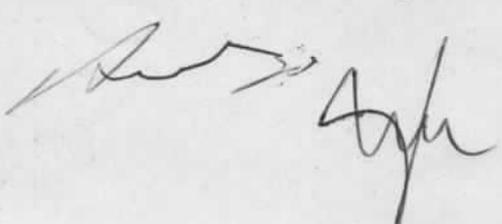


Allegato 4 Prestazioni escluse dalle garanzie previste dal Pacchetto Base e dalla copertura Ticket

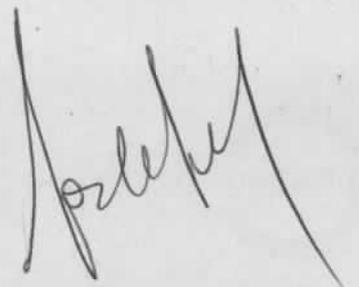
(per garanzie LTC, Gravi Malattia e TCM vedere gli Allegati 5 e 6)

L'assicurazione non è operante per:

- 1) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 2) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici; (esclusione solo per il piano 1) (per il piano 2 l'assicurazione non è operante per le protesi dentarie e la cura delle paradontopatie)
- 3) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 4) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
- 5) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 6) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 7) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- 8) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
- 9) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 10) le conseguenze di guerra, insurrezione generale, operazioni, occupazioni militari ed invasioni movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- 11) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale;
- 12) medicinali non somministrati in degenza;



- 13) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale. Sono altresì escluse le prestazioni di routine e/o controllo, salvo quanto previsto all'art. 5.13;
- 14) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore ad 1 anno assicurati dalla nascita;
- 15) i disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- 16) la correzione dei vizi di rifrazione quali ad esempio: miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia;
- 17) trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio nonché i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri);
- 18) qualsiasi terapia medica svolta in day hospital e ambulatorialmente escluso quanto espressamente previsto;
- 19) i ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, le cure termali, i ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;
- 20) emodialisi, esami termografici; iniezioni sclerosanti (salvo quanto previsto all'Allegato 1 per Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano); lenti da vista, lenti a contatto e montature ;
- 21) le prestazioni determinate da positività HIV ed AIDS e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;
- 22) le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e relativi allegati.



Allegato 5 Condizioni di non assistibilità garanzia rendita vitalizia per non autosufficienza, Critical Illness e Temporanea Caso Morte (TCM)

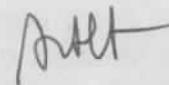
Ai fini dell'operatività delle garanzie in oggetto, le persone assistite non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assistibilità:

Condizioni di non assistibilità garanzia rendita vitalizia per non autosufficienza se diagnosticate e note prima dell'inizio della copertura

- avere bisogno dell'aiuto di un terzo per almeno uno degli atti ordinari della vita quotidiana riportati nella sezione relativa alla garanzia LTC;
- aver diritto, aver richiesto e/o percepire una pensione di invalidità, e/o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%;
- essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllato o da ipertensione non controllata (intendendosi per tali quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

In deroga al precedente paragrafo, i dipendenti degli Enti aderenti al Fondo Di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita appartenenti alle categorie protette (ai sensi delle Leggi 482/68 e 68/99) sono considerati assistibili.

A tale specifico riguardo, si evidenzia che la garanzia non opera qualora lo stato di "non autosufficienza" sia conseguenza diretta, ovvero un aggravamento, del precedente stato di invalidità che ha costituito il titolo dell'assunzione ai sensi delle predette normative (i.e., Leggi n. 482/68 e n. 68/99).



Allegato 6 Esclusioni assistibilità Long Term Care, Grave Malattia (Criticall Illness), Decesso (TCM)

(per garanzie previste dal Pacchetto Base e dalla copertura Ticket vedere Allegato 4)

Senza pregiudizio per quanto disposto nell' Allegato 5, i rischi di non autosufficienza (Long Term Care), Grave Malattia (Criticall Illness), e Decesso (TCM) sono coperti qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi.

6. 1 Esclusioni assistibilità Long Term Care .

Sono esclusi dalla copertura Long Term Care i casi derivanti direttamente e/o indirettamente da:

- 
- dolo del Contraente o dell'Assistito;
 - tentato suicidio e autolesionismo dell'Assistito;
 - partecipazione attiva dell'Assistito a delitti dolosi;
 - partecipazione dell'Assistito a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
 - partecipazione attiva dell'Assistito a insurrezioni, tumulti popolari, operazioni militari, ribellioni, rivoluzioni, colpi di Stato;
 - malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni;
 - negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assistito di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
 - incidente di volo se l'Assistito viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
 - guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assistito non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
 - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
 - malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assistito, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'adesione al Fondo e già diagnosticati in tale data all'Assistito;
 - problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica;
 - di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, motonautici, il free-climbing, il rafting,



l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, pugilato, nonché dalla partecipazione a corse e incontri sportivi (e relative prove ed allenamenti) comunque relativi a qualsiasi sport svolto a livello professionistico.

6.2 Esclusioni assistibilità Grave Malattia (Critical Illness)

Sono esclusi i rischi di insorgenza di una malattia grave verificatasi a seguito di:

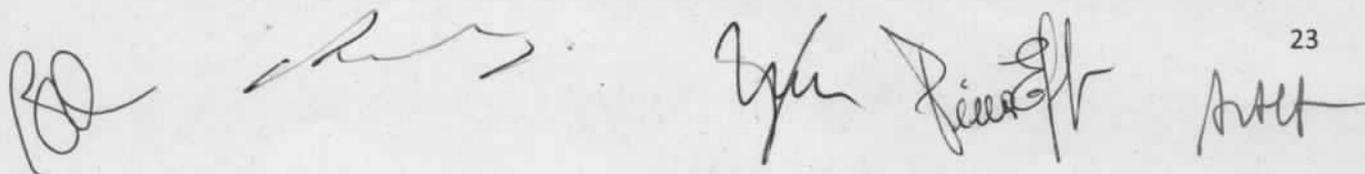
1. Malattie dovute/correlate all'uso di droghe (se non prescritte) o da alcolismo cronico o acuto dell'assicurato;
2. Eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
3. Danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso ovvero volontario rifiuto di seguire prescrizioni o consigli medici.

Il Fondo si riserva di verificare l'indennizzabilità dei sinistri verificatisi in tutti quei casi in cui la documentazione medica a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico che pratici attività in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Città del Vaticano, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

6.3 Esclusioni assistibilità Temporanea Caso Morte (TCM)

Sono esclusi dalla copertura i casi di decesso causati direttamente, indirettamente o parzialmente da:

1. dolo dell' Assistito o dei Beneficiari;
2. partecipazione attiva dell'Assistito a delitti dolosi;
3. abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
4. partecipazione attiva dall'Assistito a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta degli aventi diritto, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;



[Handwritten signature]

- 5. incidente di volo, se l'Assistito viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

[Large handwritten signature]

[Large diagonal handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

2

John



Arden

John

John