

# FAQ

# PIANO SANITARIO.

## COS'È E COME FUNZIONA

### 1) Cos'è un Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa?

Si tratta di una forma di assistenza sanitaria, integrativa rispetto al Sistema Sanitario Nazionale, che permette ai dipendenti iscritti di poter fruire delle prestazioni previste dal proprio Piano Sanitario nel rispetto delle franchigie e dei massimali previsti dal Piano stesso.

### 2) Quale è il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa scelto da Poste Italiane? Con quale compagnia assicurativa è realizzato?

Il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa scelto da Poste Italiane si chiama PosteVitaFondosalute; si tratta di una Fondazione senza scopo di lucro istituita dal Gruppo Assicurativo Postevita. Il Fondo è 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.

### 3) Cosa offre il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa sanitario PosteVitaFondosalute?

Il Fondo copre le spese sanitarie più o meno frequenti, sostenute ad esempio per visite mediche specialistiche, prestazioni odontoiatriche, ricovero per interventi chirurgici e di pernottamento, etc.

Grazie a convenzioni con strutture sanitarie di primissimo livello, è possibile beneficiare delle migliori strutture pubbliche e private, dei migliori professionisti in campo medico e sostenere le cure necessarie in tempi rapidi. Il livello delle prestazioni e l'ammontare delle coperture è definito dal proprio Piano sanitario.

### 4) Quali sono i pacchetti previsti?

Il dipendente può scegliere tra due pacchetti:

- Base, gratuito per il dipendente e a totale carico dell'Azienda;



- Plus, che estende le garanzie di base del primo pacchetto, attraverso il versamento di una quota aggiuntiva a esclusivo carico del dipendente.

## 5) Cosa prevede il pacchetto Base? Ed il pacchetto Plus?

Il pacchetto “Base” prevede le seguenti prestazioni:

- Ricovero in Istituto di cura per i Grandi Interventi Chirurgici;
- Indennità sostitutiva giornaliera per i Grandi Interventi Chirurgici;
- Diagnostica di Alta Specializzazione;
- Visite specialistiche ambulatoriali;
- Mamma e Bambino;
- Prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica (solo rete convenzionata);
- Prestazioni odontoiatriche (solo rete convenzionata);

Il pacchetto “Plus” prevede le seguenti prestazioni, che si aggiungono a quelle previste dall’opzione “Base”:

- Rendita mensile pagata per tutta la vita in caso di non autosufficienza;
- Rimborso Ticket Sanitari per accertamenti diagnostici e di pronto soccorso;
- Capitale fisso pagato alla diagnosi di una grave malattia;
- Capitale fisso pagato nel caso di decesso da malattia o infortunio.

## 6) Quanto costano e qual è il contributo del Datore di Lavoro?

Il pacchetto “Base” per il dipendente costa € 150,00 annui ed è a completo carico dell’Azienda. Il dipendente può scegliere di incrementare le coperture sanitarie previste dal pacchetto “Base” aderendo al Piano Sanitario opzionale nella versione “Plus”, versando un contributo annuo di € 123,00. Può, inoltre, estendere al nucleo familiare la garanzia scelta per sé stesso, versando € 225,00 annui se opta per la versione “Base”, € 409,50 annui se sceglie la versione “Plus”.

Pertanto, in caso di scelta del pacchetto “Plus” per l’intero nucleo familiare (ivi incluso il dipendente) il costo complessivo ammonterà ad € 532,50 annui.

## 7) Come vengono versati gli eventuali contributi a carico del dipendente?

Le quote contributive a carico del dipendente verranno versate dall’Azienda, che tratterrà i relativi importi dalla retribuzione mensile.

## 8) Fino a che età opera la copertura sanitaria nei confronti del dipendente e del coniuge/convivente/unito civilmente?

La copertura vale per i Dipendenti di età massima non superiore a 70 anni, mentre per il coniuge/convivente/unito civilmente appartenente al nucleo familiare l’età massima non potrà essere superiore a 65 anni.



## 9) Al compimento dell'età massima prevista, cosa succede?

Gli assistiti potranno usufruire della copertura fino al 31 dicembre dell'anno in cui raggiungeranno l'età massima stabilita dal Piano; i figli fiscalmente a carico, secondo le vigenti disposizioni di legge, potranno fruire delle prestazioni del Piano sino al compimento del 26° anno di età.

## 10) In caso di decesso del dipendente che cosa accade se ha esteso le coperture del Piano anche ai suoi familiari?

In caso di morte del dipendente la copertura sanitaria verrà meno anche per il suo nucleo familiare, se assistito.

## 11) Qualora si esca dall'Azienda o si vada in pensione, è possibile continuare ad aderire al Piano? A quali condizioni?

Sì, è possibile. In caso di cessazione del rapporto di lavoro per le seguenti cause:

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

L'ex dipendente e il suo nucleo familiare manterranno il diritto alle coperture sanitarie previste dal pacchetto Base finché l'ex dipendente non compia 75 anni; se il coniuge o il convivente compiano 75 anni prima dell'ex dipendente, da quel momento decadranno dalle coperture assicurative.

## 12) Come avviene il versamento delle quote di contribuzione da parte di chi lascia l'Azienda?

La contribuzione annuale sarà versata direttamente dall'ex dipendente in un'unica soluzione. Il mancato versamento della contribuzione entro 30 giorni dalla data di scadenza determinerà l'automatica e definitiva cessazione dell'adesione. Per il solo 2018, il versamento della quota di contribuzione a carico dell'ex dipendente, sarà effettuato dall'Azienda in un'unica soluzione, con trattenuta dalle competenze di fine rapporto. Per gli anni successivi saranno fornite specifiche indicazioni da parte del Fondo.

## 13) Nel caso di sospensione del rapporto di lavoro o di assenze è possibile mantenere le coperture del Piano?

Sì. Nei casi di sospensione del rapporto di lavoro o di assenze (per esempio, aspettative o permessi, malattia, sospensioni dal lavoro, part time), il diritto alle prestazioni e l'obbligo del versamento della relativa contribuzione vengono mantenuti. In tali casi, qualora la retribuzione non sia sufficiente a coprire l'importo del contributo a carico del



dipendente, lo stesso sarà anticipato al Fondo dall'Azienda, con successivo recupero sulla prima retribuzione utile.

**14) I contributi al Fondo sono deducibili dal reddito?**

I contributi versati sono deducibili annualmente fino a un massimo di €3.615,20, compresi i contributi versati al Fondo per i componenti del nucleo familiare.

**15) È possibile detrarre le spese sanitarie coperte dal Piano?**

Sì, solo per la quota parte non rimborsata dal Fondo.

**16) Quali servizi copre il Piano Sanitario e in quale misura?**

Per l'individuazione delle prestazioni coperte dal Piano e dei relativi massimali e franchigie si rimanda alla Guida al Piano Sanitario per il personale non dirigente di Poste Italiane S.p.A. e delle società del Gruppo Poste Italiane, che possono aderirvi (Postel S.p.A., Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A., Poste Tutela S.p.A., Poste Mobile S.p.A., EGI S.p.A. e Bancoposta Fondi S.p.A. Sgr).

**17) Ci sono delle condizioni di non assistibilità?**

Condizioni di non assistibilità sono previste per le sole ipotesi di Rendita vitalizia per non autosufficienza (LTC). Per il relativo dettaglio, si rimanda a quanto previsto dal Piano Sanitario.

**18) Se si dispone già di una copertura assicurativa sanitaria privata, come si integra con le coperture garantite dal Piano? È possibile cumularle?**

Sì, salvo che il regolamento dell'altro Fondo cui si aderisce non ne preveda espressamente l'incompatibilità.

**19) Quali sono le modalità per ottenere le coperture di rimborso spese mediche previste dal Piano ?**

Ci sono due modalità: forma diretta e forma indiretta.

Quella diretta opera qualora si scelga di avvalersi di professionisti/strutture sanitarie appartenenti alla rete convenzionata. In tal caso, il Fondo copre direttamente il costo della prestazione sanitaria, con i massimali e le franchigie previste dal Piano Sanitario ed il dipendente non deve anticipare la spesa per la prestazione effettuata, ad eccezione per l'eventuale parte rimasta a suo carico.

Quella indiretta, invece, opera qualora ci si rivolga a professionisti/strutture di propria fiducia ma non appartenenti alla rete convenzionata. In tal caso, il dipendente anticiperà



interamente il costo della prestazione, chiedendone successivamente il rimborso nel rispetto dei limiti e delle franchigie previste.

## **20) Per ottenere il rimborso delle spese mediche afferenti prestazioni per visite specialistiche o per esami diagnostici è necessaria la prescrizione medica?**

Si, è importante inviare al Fondo, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione richiesta.

## **COME ADERIRE**

### **1) Chi può aderire ?**

Tutti i dipendenti di Poste Italiane S.p.A., Postel S.p.A., Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A., Poste Tutela S.p.A., Poste Mobile S.p.A., EGI S.p.A. e Bancoposta Fondi S.p.A. Sgr, con contratto a tempo indeterminato (i neoassunti che abbiano completato l'eventuale periodo di prova), compresi gli apprendisti.

### **2) L'adesione è obbligatoria?**

L'adesione avviene esclusivamente su base volontaria. È il dipendente stesso che può decidere di aderire e di estendere, volontariamente, l'adesione ai componenti del suo nucleo familiare.

### **3) Si estende anche ai familiari? Fino a che grado/livello?**

Il dipendente può far aderire al Piano anche i componenti del proprio nucleo familiare, versando una contribuzione aggiuntiva. Per nucleo familiare si intende:

- il coniuge o l'unito civilmente;
- il convivente more uxorio (coppie di fatto). Il/la convivente può aderire al Piano se, al momento dell'adesione, convive da almeno un anno con il/la dipendente;
- i figli fiscalmente a carico, secondo le vigenti disposizioni di legge, di uno dei due coniugi/conviventi/uniti civilmente e sino al compimento del 26° anno di età. Non è previsto alcun limite di età per i figli totalmente inabili, la cui condizione sia certificata da struttura pubblica.

L'attestazione del nucleo familiare avverrà mediante autocertificazione attraverso la compilazione dello specifico form on - line di adesione.

Se il dipendente sceglie di estendere le coperture al nucleo familiare, l'adesione al Piano deve essere obbligatoriamente effettuata per tutti i componenti del nucleo stesso.



**4) Per chi è già dipendente di Poste Italiane Spa e delle società del Gruppo Poste Italiane, fino a quando è possibile aderire ?**

In fase di avvio del Piano, il dipendente potrà aderire, ed eventualmente estendere l'adesione al proprio nucleo familiare, a partire dal 1° marzo 2018 e fino al 30 aprile 2018. Superata la fase di avvio, ogni anno il dipendente potrà aderire ed eventualmente estendere le coperture al proprio nucleo familiare entro il 1° dicembre. In questo caso la copertura decorrerà dal 1° gennaio dell'anno successivo la data in cui è stata presentata la richiesta.

Nel caso in cui la domanda sia presentata dopo il 1° dicembre, la copertura decorrerà dal 1° gennaio del secondo anno successivo la data di presentazione della richiesta.

**5) L'adesione è subito attiva ?**

Il dipendente risulterà attivo ed in copertura dal primo giorno del mese successivo a quello in cui si è conclusa l'adesione al Piano.

**6) È possibile passare dal pacchetto "Base" al pacchetto "Plus" o viceversa?**

Sì, ma con dei limiti. Se il dipendente ha scelto il pacchetto "Base" potrà successivamente scegliere di integrarlo passando al pacchetto "Plus". Potrà anche tornare al pacchetto "Base" dal pacchetto "Plus", ma non potrà più opzionare nuovamente il pacchetto "Plus". La scelta di variazione del pacchetto operata dal dipendente riguarderà necessariamente anche i componenti del nucleo familiare, se assistiti.

**7) Si può optare per pacchetti diversi per il dipendente e il proprio nucleo?**

No. Se il dipendente ha scelto l'opzione "Base", il suo nucleo familiare usufruirà dell'opzione "Base". Viceversa, se il dipendente ha scelto l'opzione "Plus", il suo nucleo familiare usufruirà dell'opzione "Plus".

**8) Cosa si deve fare per recedere e da quando decorre la cessazione della copertura assicurativa?**

Il dipendente deve stampare, compilare, firmare l'apposito modulo presente nella propria Area Riservata e consegnarlo al proprio Focal Point o struttura di Risorse Umane di riferimento (per le Aziende del Gruppo).

Il dipendente può recedere in qualunque momento. Il recesso, se comunicato entro il giorno 15 del mese, attraverso la consegna del modulo come sopra delineato, avrà effetto dal primo giorno del mese successivo, in caso contrario, avrà effetto dal primo giorno del secondo mese successivo alla comunicazione stessa. Il recesso del dipendente al Fondo comporterà automaticamente la perdita delle coperture sanitarie per



il suo nucleo familiare, se assistito. Il dipendente può anche chiedere che il suo nucleo familiare venga escluso dalle coperture, mantenendole invece per sé.

**9) In caso di ripensamento dopo il recesso, ci si può iscrivere nuovamente?**

No, l'uscita dal Fondo non prevede la possibilità di rientrare. Se il dipendente ha chiesto il recesso per il solo nucleo familiare, una successiva richiesta di assistenza potrà riguardare esclusivamente i componenti "sopravvenuti" (per es. per nascita di un figlio).

**10) Qualora si esca dall'Azienda o si vada in pensione, la prosecuzione dell'adesione è automatica?**

No, dovrà essere espressamente dichiarata dal dipendente all'atto della risoluzione del rapporto di lavoro, con l'impegno a versare, a proprie spese, le quote annue definite dal Fondo per la categoria "pensionati". A tal fine, il dipendente che vorrà continuare a beneficiare delle coperture assicurative dovrà accedere nella propria Area Riservata del sito internet del Fondo, stampare, compilare e firmare l'apposito modulo e consegnarlo al Punto Amministrativo di riferimento

