



Coordinamento Territoriale di Alessandria



Fondo di Assistenza Sanitaria
Integrativa PosteVita



PER I DIPENDENTI DI POSTE ITALIANE

Il CCNL del personale non dirigente di Poste Italiane S.p.A. e delle società del Gruppo che rientrano nel suo campo di applicazione, siglato in data 30 novembre 2017, prevede a favore dei dipendenti la possibilità di aderire al Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa PosteVitaFondosalute.



Con lo scopo di integrare le prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) al fine di migliorare il **welfare aziendale**, in coincidenza con la firma del nuovo CCNL, OO.SS. e Poste Italiane Spa hanno concordato di aderire ad un fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa aperto a tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato a cui si applica il CCNL stesso. L'adesione al Fondo Sanitario Integrativo avviene su base volontaria.



In cosa consiste il **welfare aziendale**?

Con il termine **welfare aziendale** s'intende l'insieme delle iniziative di natura contrattuale o unilaterali da parte del datore di lavoro volte a incrementare il benessere del lavoratore e della sua famiglia attraverso una diversa ripartizione della retribuzione, che può consistere sia in benefit rimborsuali sia nella fornitura diretta di servizi, o in un mix delle due soluzioni.



FORME DI WELFARE IN POSTE ITALIANE A SEGUITO DI CONTRATTAZIONE SINDACALE:



Art.27 CCNL



Art.85 CCNL

FONDO POSTE



Art. 79 CCNL

Lo specifico Piano Sanitario previsto per i dipendenti del Gruppo si articola in 2 pacchetti:

- **“Base”**, a totale carico dell’azienda per un importo pro capite pari ad € 12,50 mensili;
- **“Plus”**, che estende le garanzie del “Base”, attraverso il versamento di una quota aggiuntiva pari ad € 10,25 mensili, ad esclusivo carico del dipendente.

Il pacchetto “Base” copre i seguenti ambiti di prestazioni:

1. Ricovero in Istituto di cura per i Grandi Interventi Chirurgici;
2. Indennità sostitutiva giornaliera per i Grandi Interventi Chirurgici;
3. Diagnostica di Alta Specializzazione,
4. Visite Specialistiche Ambulatoriali,
5. Mamma e Bambino,
6. Prestazione di Prevenzione Cardiovascolare ed Oncologica (**solo rete convenzionata**),
7. Prestazioni Odontoiatriche (**solo rete convenzionata**).

Il pacchetto “Plus” aggiunge a quelle di cui sopra le seguenti coperture:

1. Rendita mensile pagata per tutta la vita in caso di non autosufficienza 12000 euro di rendita annua
2. Rimborso ticket sanitari per accertamenti diagnostici e di pronto soccorso **Max 35 euro per evento/Max 300 euro l'anno per assistito**
3. Capitale fisso pagato alla diagnosi di una grave malattia **10000 euro di capitale fisso**
4. Capitale fisso pagato nel caso di decesso da malattia o infortunio **30000 euro di capitale**

Il dipendente può estendere il pacchetto per sé prescelto anche al proprio nucleo familiare, versando ulteriori:

- 1. € 18,75 mensili per il pacchetto “Base” oppure**
- 2. € 34,125 mensili per il pacchetto “Plus” rispetto alla propria quota individuale (per un totale mensile di € 44,375.**

Il dipendente potrà fruire delle prestazioni del Fondo fino al 31 dicembre dell'anno in cui compirà 70 anni, gli appartenenti al nucleo familiare, ove assistiti, fino al 31 dicembre dell'anno in cui compiranno 65 anni. Qualora la scelta effettuata dal dipendente comporti il versamento di una contribuzione a proprio carico, l'azienda opererà la relativa trattenuta sulle competenze mensili.

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.

Nel caso in cui l'Assistito voglia continuare a beneficiare delle coperture sanitarie dovrà:

1. accedere all'area riservata del sito web del Fondo e scaricare l'apposito modulo di richiesta prosecuzione piano nella sezione **“Moduli – Procedure”**;
2. consegnare o far pervenire 15 giorni prima della data di cessazione del rapporto di lavoro, il **“Modulo di prosecuzione Piano”**, debitamente sottoscritto, al Punto Amministrativo o struttura di Risorse Umane di riferimento della propria azienda.

Successivamente, alla ricezione della email di conferma della prosecuzione del piano, l'Assistito dovrà procedere al pagamento della quota contributiva seguendo le istruzioni impartite dal Fondo.

NEWS

Procedura di Adesione

Dal 1/1/2020 per effetto dell'accordo sindacale dell'8 maggio 2019, è prevista l'adesione automatica al “pacchetto base” da parte di tutti i dipendenti aventi diritto, con contribuzione a totale carico dell'Azienda per un importo pro capite pari ad € 12,50 mensili.

Come perfezionare l'adesione automatica al pacchetto "Base"

Il processo di adesione automatica al pacchetto "Base" del piano sanitario si perfeziona con l'invio, da parte del Fondo sanitario, tramite posta elettronica, delle credenziali per accedere alla propria Area Riservata del sito internet del Fondo <http://www.postevitafondosalute.it>.

L'invio delle credenziali è possibile solo se si comunica un indirizzo e-mail valido al numero

800 186 035

Accesso all'Area Adesione

Effettuare l'accesso al Sito, digitare User e cliccare su Procedi. Al termine della procedura di login viene visualizzata la Home Page dell'Area di Adesione: A sinistra è visibile il menu dal quale è possibile accedere alle seguenti funzioni:

- **PASSO 1** - Anagrafica: è possibile consultare/modificare i propri dati anagrafici

Area Adesione – Passo 1 -

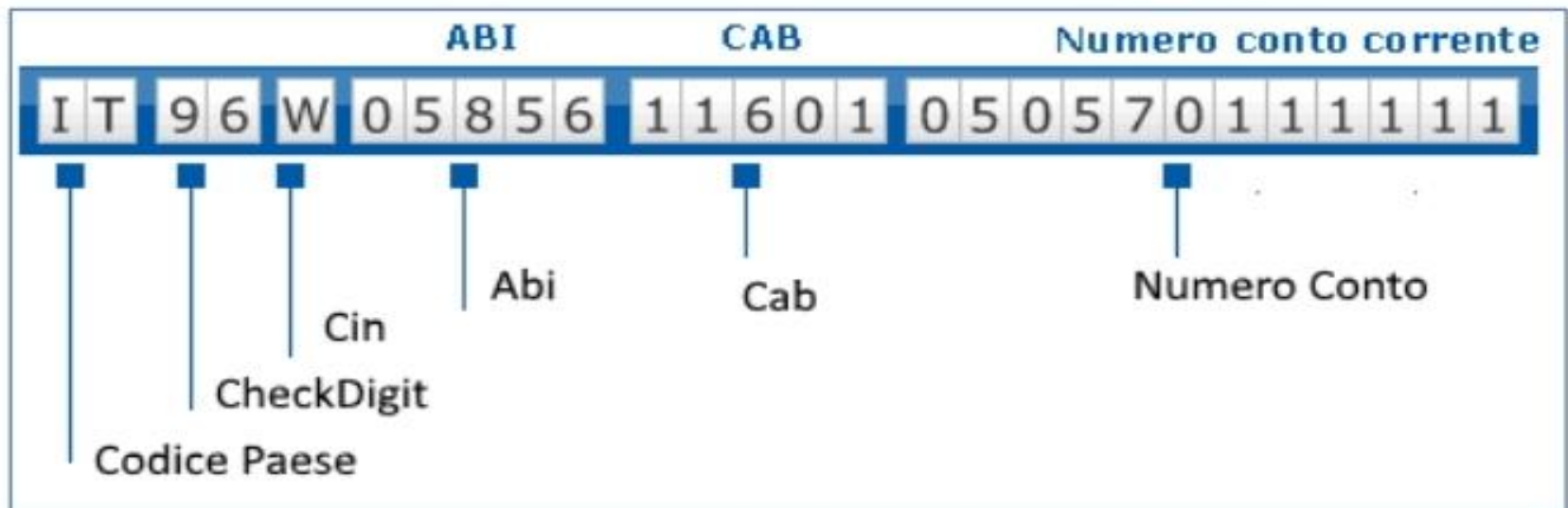
Anagrafica

Nella schermata dell'Anagrafica, si presentano le seguenti informazioni:

1. **Anagrafica**
2. **Nascita**
3. **Residenza**
4. **Pacchetto: indicare il pacchetto scelto fra quelli previsti dalla propria Azienda (Pacchetto Base o Pacchetto Plus)**
5. **Contatti**
6. **Recapito, se diverso dalla Residenza**
7. **Coordinate Bancarie**
 - 2 caratteri per il Codice Paese • 2 caratteri per il CheckDigit
 - 1 carattere per il Cin • 5 caratteri per l'Abi • 5 caratteri per il Cab • 12 caratteri per il Numero Conto

Codice IBAN

1. 2 caratteri per il **Codice Paese**
2. 2 caratteri per il **CheckDigit**
3. 1 carattere per il **Cin**
4. 5 caratteri per l'**Abi**
5. 5 caratteri per il **Cab**
6. 12 caratteri per il **Numero Conto**



Area Adesione – Passo 2 - Familiari

Nella schermata dei Familiari, si presenta la lista dei familiari già inseriti con le seguenti informazioni:

1. **Parentela:** indica il grado di parentela tra l'Intestatario della Polizza ed il componente del nucleo familiare (es.: figlio, coniuge...)
2. **Nominativo:** è il Nominativo del componente del Nucleo

Inserimento Nuovo Familiare

Per inserire un nuovo familiare all'interno del Nucleo, cliccare su **Nuovo Familiare**.

Nella schermata del **Nuovo Familiare**, si presentano le seguenti informazioni:

1. Anagrafica
2. Nascita
3. Pacchetto

Il Pacchetto dei familiari non è modificabile poiché deve essere obbligatoriamente uguale a quello del dipendente. Una volta inseriti i dati, cliccare su **Salva**. Sarà possibile accedere nuovamente all'area **Adesioni**, per eventuali modifiche fino alla validazione. Una volta effettuata la validazione dell'adesione non sarà più possibile procedere alla modifica dei dati e potrà solo essere eseguita la ristampa del modulo.

Modifica dati Familiare

Per modificare i dati di un **Familiare** già presente nella lista, cliccare sull'icona  presente sulla riga del **Familiare**. Nella schermata **Scheda Familiare**, cliccare su **Abilita Modifica**. Dopo aver modificato i dati, cliccare su **Salva**.

Area Adesione – Passo 3 - Valida e Stampa

Completato l'inserimento del nucleo familiare, si dovrà effettuare la validazione e stampa del modulo (cliccando su **PASSO 3 – Valida e Stampa**) che renderà disponibile un documento, in formato **PDF**, da stampare, firmare e consegnare al Focal Point o struttura di Risorse Umane di riferimento della propria azienda.

Assistenza telefonica

Contact Center tel. 800 186 035 Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00 (Per chi chiama da cellulare o dall'estero il numero è 06.89320211, con costo a carico del chiamante).



Assistenza web

Sul sito dedicato www.postevitafondosalute.it è possibile accedere all'area riservata per fruire di tutti i servizi on line e, all'interno della stessa, è possibile consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate.

Rete di Servizio (strutture ambulatoriali, case di cura, cliniche e ospedali convenzionati)

Gli assistiti del Fondo sanitario integrativo, oltre a quanto illustrato nella guida operativa, potranno ottenere **tariffe agevolate** presso le strutture sanitarie private della rete Poste Protezione anche per tutte quelle prestazioni non previste nel Fondo sanitario, comunicando lo stato di dipendente di una società del Gruppo Poste Italiane e presentando la card che è possibile stampare dalla propria area riservata.



Poste Welfare Servizi è la Società di Servizi che gestisce il servizio di convenzionamento diretto per le prestazioni da effettuarsi presso qualificate strutture sanitarie convenzionate in Italia.

Le modalità per fruire dell'assistenza sanitaria sono due:

1. **diretta**, ove ci si avvalga di professionisti/strutture sanitarie appartenenti alla rete convenzionata. Il Fondo copre direttamente il costo della prestazione sanitaria, con i massimali e le franchigie previste dal Piano Sanitario;
1. **indiretta**, ove ci si rivolga a professionisti/strutture di propria fiducia ma non appartenenti alla rete convenzionata. Il dipendente anticiperà interamente il costo della prestazione, chiedendone successivamente il rimborso nel rispetto dei limiti e delle franchigie previste.

Come utilizzare le prestazioni del fondo sanitario integrativo

1) Se si sceglie una struttura ambulatoriale, casa di cura, clinica o ospedale convenzionato

In caso di prestazioni ambulatoriali o di prevenzione, l'Assicurato dovrà recarsi direttamente presso la struttura sanitaria prescelta per usufruire delle prestazioni portando con sé una **prescrizione medica** riportante il sospetto patologico o, in caso di infortunio, il verbale di pronto soccorso o una descrizione dell'evento riportante data, luogo e ora, firmata dal paziente e dal medico curante.

Importante

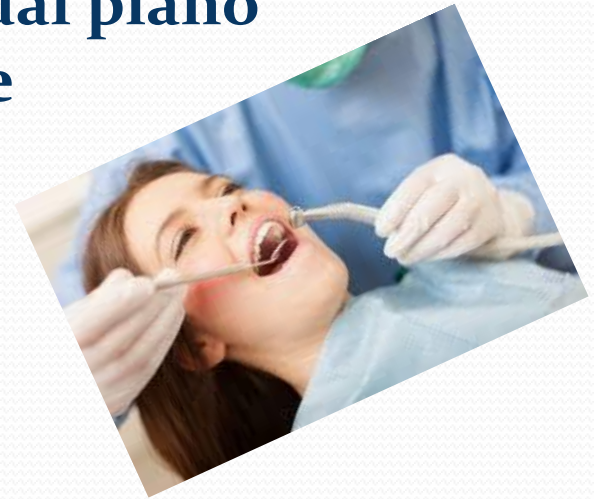
L'Assicurato prima di identificarsi (Cognome, Nome) è invitato a comunicare alla struttura i seguenti riferimenti:

1. **Sistema di accreditamento:** S@RMF
2. **Postevita Fondo Salute**
3. **Codice anagrafico:** codice utilizzato per l'accesso all'area riservata e a portare sempre con sé la card stampata dalla propria area riservata.

Al termine della prestazione l'Assicurato deve sostenere in proprio le eventuali spese di Sua competenza e non autorizzate (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalle garanzie sottoscritte). Poste Assicura provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dalla polizza, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria.

2) Se si sceglie una struttura odontoiatrica convenzionata

L'assicurato può prenotare online e in autonomia le prestazioni odontoiatriche previste dal piano sanitario presso le strutture sanitarie **ODONTOIATRICHE** convenzionate.



La Divisione SISALUTE di Unisalute Servizi gestisce attraverso il proprio network di strutture odontoiatriche convenzionate le prestazioni in assistenza diretta con conseguente pagamento diretto alla struttura senza spese per l'assistito se non per le parti che eccedono eventuali limiti di spesa.

3) Se si sceglie una struttura non convenzionata

Come richiedere il rimborso di una prestazione

L'Assicurato entra nell'Area riservata del sito www.postevitafondosalute.it, sezione “**Rimborsi e Network ODO/Richiesta rimborso spese sanitarie**”. Di seguito in elenco la documentazione necessaria per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole coperture del Piano sanitario:

In caso di ricovero:

1. **copia della cartella clinica**, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale
2. **copia della documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento

In caso di indennità giornaliera per ricovero:

1. **copia della cartella clinica**, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale.

In caso di prestazioni extra-ricovero (es. Visite specialistiche, Diagnostica di alta specializzazione):

- **copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico**
- **copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento**

IMPORTANTE

1. I componenti del nucleo familiare per i quali è stata richiesta la revoca dell'iscrizione, non possono più iscriversi. In futuro è possibile inserire solo il nuovo componente mai iscritto.
2. Per il rimborso in forma indiretta è previsto solo l'inserimento dei documenti di spesa tramite area riservata presente sul sito internet del Fondo www.postevitafondosalute.it
3. Per qualsiasi prestazione in forma diretta o indiretta, tranne per quelle odontoiatriche, va allegata la richiesta del medico, specialista o MMG.

DOMANDE NON MARZULLIANE

*come di consueto sempre di notte,
sempre sottovoce, un modo per capire,
per capirsi e forse anche per capirci,
quando un giorno vista l'ora è appena
finito e un nuovo giorno è appena
iniziato. Un giorno per amare, per
sognare, per vivere....*