



Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

GUIDA AL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

ai Fondi di Categoria:
Quas - Fasi / Fasdac - Fondo Est.

FONDO DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA POSTEVITA.

Edizione Ottobre 2017

Posteitaliane

Postevita
GruppoAssicurativoPostevita



SOMMARIO.

• Guida per gli Assistiti	3
Assistiti	4
Limiti di età	4
Periodo di carenza	5
Adesione del Datore al Piano sanitario	5
Decorrenza e termine della copertura per gli Assistiti	5
Versamento dei contributi	6
Copertura Integrativa	7
Condizioni di inassistibilità della garanzia di LTC (persone non coperte)	7
Prestazioni Escluse	7
Modalità per fruire delle prestazioni Malattia del Piano sanitario integrativo	7
Prestazioni sanitarie - Forma “indiretta”	8
Prestazioni sanitarie - Forma “diretta”	9
Modalità per usufruire delle prestazioni “LTC”, al verificarsi della condizione di non autosufficienza	9
Reclami	10
• Imposta di bollo su ricevute mediche.....	11

• Allegato 1	12
Glossario	12
• Nomenclatore delle garanzie incluse nel Piano Sanitario Integrativo	14
ai Fondi di Categoria Quas - Fasi/Fasdac - Fondo Est	
1. Garanzie integrative prestazioni sanitarie al Fondo di Categoria Quas	15
2. Garanzie integrative prestazioni sanitarie al Fondo di Categoria Fasi/Fasdac	16
3. Garanzie integrative prestazioni sanitarie al Fondo di Categoria Fondo Est	17
4. Rendita vitalizia per non autosufficienza	18
• Allegato 2	19
Specialistiche extraospedaliere	19
• Allegato 3	20
Estratto Condizioni Generali di Assicurazione di Poste Assicura S.p.A. relative al Piano sanitario integrativo ai Fondi di Categoria: Quas - Fasi/Fasdac - Fondo Est	20
• Allegato 4	37
Estratto Condizioni Generali di Assicurazione di Poste Vita S.p.A. relative al Piano sanitario integrativo ai Fondi di Categoria: Quas - Fasi/Fasdac - Fondo Est	37



GUIDA AL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

ai Fondi di Categoria:
Quas - Fasi/Fasdac - Fondo Est.

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 Fondo medesimo e le compagnie. 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, allegato.

Il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita (di seguito, il **"Fondo"**) è una forma di assistenza sanitaria complementare a gestione convenzionata, che affida la copertura delle prestazioni alle seguenti compagnie assicurative:

- la componente danni (malattia) a Poste Assicura S.p.A.;
- la componente vita (rendita in caso di non autosufficienza, **"LTC"**) 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.

GUIDA PER GLI ASSISTITI.

La Guida illustra le prestazioni offerte dal Fondo attraverso il Piano sanitario integrativo ai Fondi di categoria Quas - Fasi/Fasdac - Fondo Est e le procedure operative che gli Assistiti debbono seguire per accedervi. Per le definizioni utilizzate nel documento, salvo ove diversamente specificato, si rinvia a quanto indicato nel Glossario contenuto nell'Allegato 1.

Il Fondo si avvale di una rete di convenzionamenti diretti, messi a disposizione dalla compagnia Poste Assicura S.p.A. e stipulati con oltre di 5.000 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 fisiokinesi terapeutici 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 telefonare al contact center del Fondo al numero verde 800.186.035 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 ai Piani Sanitari.

ASSISTITI.

Possono aderire al Fondo, su richiesta, le entità giuridiche, quali aziende, associazioni o altre collettività in genere (d'ora in poi, per brevità, convenzionalmente denominate "**Datore**"), che intendano rendere i dipendenti o gli associati o i soggetti comunque appartenenti alle predette collettività (di seguito, per brevità, convenzionalmente denominati "**Dipendenti**" o "Dipendente" al singolare), fruitori delle prestazioni erogate dal Fondo secondo le previsioni dello Statuto e del Regolamento del Fondo stesso.

Il Piani sono rivolti esclusivamente a quanti abbiano un rapporto diretto con il Datore che ha perfezionato l'iscrizione al Fondo, appartenenti alla categoria Dirigenti, Quadri e Impiegati che aderiscano ai Fondi Quas - Fasi/Fasdac e Fondo Est.

I Dipendenti, possono, ove previsto dalla fonte collettiva del Datore, 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.

Ad integrazione di quanto previsto dal Regolamento del Fondo, si evidenzia che, ove prevista dalla fonte collettiva, l'estensione al nucleo familiare, per ogni dipendente se richiesta:

1. si intende rivolta a tutti i componenti del nucleo, come in precedenza definito;
2. deve avvenire contestualmente all'adesione del dipendente al Fondo o entro 2 mesi dalla modifica del nucleo (es. matrimonio, nascita figlio, etc.);
3. deve prevedere, per ciascun membro del nucleo, la stessa prestazione prevista per il Dipendente.

L'eventuale revoca dell'estensione al nucleo familiare da parte di un Dipendente si intende rivolta a tutti i componenti il nucleo stesso e ha efficacia, in deroga all' art. 3.2 del Regolamento del Fondo, dal primo di gennaio dell'anno successivo a quello in cui il Datore la comunica al Fondo. Comunicata che sia la revoca, il dipendente non può più richiedere che le prestazioni del Fondo siano estese al nucleo familiare.

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

PERIODO DI CARENZA.

Per la **garanzia contro il rischio di non autosufficienza** offerta dal Piano sanitario integrativo ai Fondi di categoria Quas - Fasi/Fasdac - Fondo Est, è previsto un periodo di carenza di:

- zero giorni (e quindi la garanzia è operante dal momento di efficacia della copertura), ove la non autosufficienza sia conseguenza di un infortunio;
- 3 mesi ove la non autosufficienza derivi da malattie, incluse quelle nervose o mentali, dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer, etc.)

Per avere diritto alla rendita, escludendo la causa da infortunio, lo stato di non autosufficienza deve verificarsi per la prima volta dopo 90 giorni dalla data di iscrizione.

I casi di non autosufficienza che intervengano durante il periodo di carenza esentano il Fondo da qualsivoglia obbligo e causano la risoluzione automatica della copertura nei confronti del singolo Assistito, con rimborso dei relativi contributi percepiti. Per i dettagli si invita a un'attenta lettura dell'estratto delle condizioni di polizza.

Per tutte le **prestazioni mediche**, in deroga all'art. 7 del Regolamento del Fondo:

- non è previsto un periodo di carenza.

Come previsto dall'art. 7 del Regolamento del Fondo, i periodi di carenza previsti dai Piani Sanitari possono essere esclusi (e/o la loro durata derogata) dalla fonte collettiva, previo accordo tra Datore e Fondo.

ADESIONE DEL DATORE AL PIANO SANITARIO.

Le modalità di adesione da parte del Datore al Piano sanitario integrativo ai Fondi di categoria Quas - Fasi/Fasdac - Fondo Est sono quelle di cui all'art. 2 del Regolamento del Fondo, cui si rimanda. Si precisa che, in deroga all'art. 2, comma 7 del Regolamento, l'adesione del Datore al Fondo decorre dalle primo giorno del mese successivo a quello in cui il Fondo stesso comunica al Datore l'accettazione dell'adesione. Detta comunicazione interviene immediatamente dopo che siano pervenuti al Fondo i dati anagrafici degli Assistiti, ai sensi dell'art. 2, comma 6, del Regolamento e a condizione che il relativo contributo o la rata di esso siano stati versati.

Il Datore si impegna a coprire la totalità dei Dipendenti appartenenti a ciascuna categoria; eventuali inadempienze comportano la proporzionale riduzione dei relativi indennizzi.

L'adesione al Fondo interviene a tempo indeterminato. È facoltà del datore recedere dall'adesione al Fondo, con effetto dal 1° gennaio di ciascun anno. Il recesso va comunicato con lettera raccomandata A/R, da far pervenire al Fondo stesso entro il termine perentorio del 31 ottobre dell'anno precedente.

Si precisa che in deroga all'art 5.1. del Regolamento del Fondo, per le adesioni con decorrenza nel secondo semestre dell'anno, il recesso non potrà essere esercitato nel corso dell'anno di adesione.

DECORRENZA E TERMINE DELLA COPERTURA PER GLI ASSISTITI.

L'assistibilità (copertura) dei Dipendenti e degli eventuali nuclei familiari comunicati e iscritti dal Datore in fase di adesione ha effetto dalla data di decorrenza della copertura per il Datore.

Tutte le successive variazioni (nuove assunzioni, cambio di categoria, modifica nucleo per matrimonio o nascite, dimissioni, etc.) relative alle persone assicurate devono essere comunicate dal Datore entro il termine di 30 giorni dal momento in cui si sono verificate. La copertura ha effetto dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo a quello in cui il Datore comunica al Fondo i relativi dati anagrafici del nuovo Dipendente, Nucleo, etc.

In deroga all'art. 3.2 del Regolamento del Fondo si precisa che la cessazione del rapporto di lavoro con il dipendente, per qualsiasi causa, determina, dal primo di gennaio dell'anno successivo a quello in cui si verifica, il

termine dell'obbligo contributivo al Fondo e del correlativo diritto alle prestazioni. Pertanto il dipendente cessato continuerà ad essere assistito fino al 31/12 dell'anno di cessazione.

Il venir meno del diritto alle prestazioni da parte del dipendente comporta l'analoga contestuale cessazione nei riguardi dei componenti del nucleo familiare, se assistiti.

Il Datore si impegna a comunicare tempestivamente al Fondo, tramite il sito internet e con le modalità ivi previste, i dati anagrafici di nuovi Dipendenti delle categorie iscritte, nei cui riguardi deve essere attivata l'assistenza e dei Dipendenti cessati per i quali la copertura sarà mantenuta solo fino alla fine dell'anno.

La copertura degli Assistiti, altresì, ha termine in caso di recesso dal Fondo del Datore, attuato secondo le modalità previste nel Regolamento del Fondo.

VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI.

Il versamento del contributo al Fondo è sempre effettuato dal Datore anche per l'eventuale quota prevista per il nucleo familiare.

Il contributo è annuale anticipato e determinato in fase di adesione, in base al:

- numero di Dipendenti;
- numero di nuclei familiari;
- periodo di inizio della copertura.

Ogni anno è previsto il versamento di un contributo provvisorio e di un contributo di regolazione a saldo.

IL CONTRIBUTO ANNUO PROVVISORIO, È DETERMINATO:

- in fase di iscrizione del Datore, in funzione dei Dipendenti comunicati al Fondo; degli eventuali nuclei familiari per i quali si è richiesta l'estensione; per il periodo di copertura intercorrente fra la data di decorrenza dell'adesione e il 31 dicembre dell'anno in corso. Il primo contributo va immediatamente versato, per perfezionare il processo di adesione;
- a regime, per ogni nuovo anno solare di adesione, per un periodo di 12 mesi sulla base degli Assistiti al 1° gennaio dell'anno. Questo contributo va versato entro 20 giorni dalla relativa comunicazione del Fondo al Datore. Il Fondo invierà la comunicazione i primi giorni di gennaio di ogni anno.

CONTRIBUTO DI REGOLAZIONE A SALDO.

Al termine di ciascun anno solare, nel caso di ingressi di ulteriori Assistiti, siano essi nuovi Dipendenti o nuclei familiari per i quali sia stato richiesto di estendere l'assistenza è determinato il maggiore contributo dovuto, rispetto al contributo provvisorio. Il calcolo è effettuato in base alle comunicazioni di iscrizione inviate al Fondo, tempo per tempo.

Il Fondo, in qualsiasi momento, ha il diritto di effettuare verifiche e/o controlli per i quali il Datore si impegna a fornire tutti i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Il mancato versamento del contributo può causare la sospensione o la cessazione della garanzia.

Per maggiori dettagli si rinvia al manuale "procedura versamento contributi. Piano sanitario integrativo ai Fondi di categoria Quas - Fasi/Fasdac - Fondo Est", disponibile sul sito internet del Fondo, www.postevitafondosalute.it.

COPERTURA INTEGRATIVA.

Essendo il Piano Sanitario stipulato a favore della categoria Dirigenti, Quadri, Impiegati che aderiscano ad uno dei Fondi di categoria Quas - Fasi /Fasdac - Fondo Est, l'assicurazione è operante a secondo rischio e a integrazione dei plafond previsti dai tariffari dei fondi succitati; in tal caso si intendono abrogati gli scoperti e le franchigie eventualmente previsti in polizza.

Il Piano Sanitario Quas - Fondo Est prevede il rimborso esclusivamente per il dipendente Quadro/Impiegato e non anche per il nucleo familiare. Le spese effettuate dai familiari dovranno quindi essere presentate alla Compagnia e saranno rimborsate a primo rischio, con applicazione degli scoperti e franchigie previsti in Polizza.

CONDIZIONI DI INASSISTIBILITÀ DELLA GARANZIA DI LTC (PERSONE NON COPERTE).

Ai fini dell'operatività della garanzia di LTC, al momento dell'adesione alla copertura, gli assistiti non devono rientrare in una delle condizioni di non assistibilità previste dall'art. 5 dell'Allegato 4 alla Guida.

L'eventuale incasso del contributo, ove siano verificate le condizioni di cui all'Allegato 4, non costituisce deroga alla predetta regola. In questo caso il contributo versato relativamente a soggetto non assistibile é restituito e la garanzia non opera.

PRESTAZIONI ESCLUSE.

La copertura di talune prestazioni non è operante in alcuni specifici casi, stabiliti nell'art. 18 dell'Allegato 3 alla Guida (prestazioni malattia) e nell'art. 6 dell'Allegato 4 alla Guida (prestazioni contro il rischio di non autosufficienza).

MODALITÀ PER FRUIRE DELLE PRESTAZIONI MALATTIA DEL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO.

Premesso che la richiesta delle prestazioni a favore dei componenti del nucleo familiare va effettuata dal Dipendente, a cui è attribuito il rimborso del caso, sono rimborsabili le spese sostenute per infortuni occorsi successivamente alla data di ingresso dell'Assicurato in copertura.

Sono comprese le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto o di appendice per successiva inclusione di persone, nonché le malattie croniche e recidivanti.

Sono altresì compresi i difetti fisici la cui correzione non sia stata possibile o indicata nei primi 3 anni di vita e che rappresentino rischio oggettivo di conseguenze o complicanze patologiche per l'Assicurato.

- FORMA "INDIRETTA": è previsto l'obbligo per l'assicurato di presentare le proprie spese al Fondo di categoria di appartenenza Quas, Fasi/Fasdac o Fondo Est; successivamente dovrà inviare la copia di tutta la documentazione presentata, insieme al documento di rimborso del Fondo di categoria di appartenenza, per ottenere dalla compagnia la restituzione della parte rimasta a suo carico, purché indennizzabile a termini di polizza.

Le eventuali garanzie non previste dal Fondo di categoria di appartenenza Quas, Fasi/Fasdac o Fondo Est, ma previste dal presente Piano Sanitario, saranno indennizzate nei limiti per ogni garanzia previsti dal

presente contratto con l'applicazione di uno scoperto del 25%. Tale modalità di liquidazione sarà operativa anche per le spese sostenute da familiari assicurati dal presente contratto ma non assistiti dal primo Fondo.

Il Piano Quas - Fondo Est prevede il rimborso esclusivamente per il dipendente Quadro/Impiegato e non anche per il nucleo familiare. Le spese effettuate dai familiari dovranno quindi essere presentate alla Compagnia e saranno rimborsate a primo rischio, con applicazione degli scoperti e franchigie previsti in Polizza.

- FORMA "DIRETTA" (valido per gli assicurati a primo rischio e non in forma integrativa - Nucleo Quas e Fondo Est): l'Assistito usufruisce delle prestazioni sanitarie presso una delle strutture convenzionate (Network convenzionato). In questo caso:
 - se il costo delle prestazioni è compreso nei limiti e nei massimali previsti dal proprio Piano sanitario, 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 e i massimali previsti dal proprio Piano sanitario, l'Assistito deve pagare alla struttura sanitaria 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 usufruisca delle prestazioni sanitarie in forma "indiretta" o in forma "diretta".

PRESTAZIONI SANITARIE - FORMA "INDIRETTA".

Per richiedere al Fondo il rimborso delle spese sanitarie sostenute direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dal proprio Piano sanitario, il Dipendente può procedere in modalità digitale. Nel dettaglio deve:

- accedere alla propria area riservata sul portale web del Fondo;
- entrare nel menù richieste on-line e, in base alla tipologia di 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 dell'indennità di ricovero: provvedere all'inserimento della data di inizio e di fine ricovero;
 - il rimborso dell'indennità di ricovero, grandi interventi chirurgici (da ora in avanti GIC), provvedere all'inserimento della data di inizio e di fine ricovero;
 - il rimborso dell'indennità sostitutiva parto: provvedere all'inserimento della data di inizio e di fine ricovero;
 - il rimborso dell'indennità sostitutiva neonati: provvedere all'inserimento della data di inizio e di fine ricovero.

Le richieste acquisite nel portale pervengono direttamente a Poste Assicura S.p.A., incaricata della valutazione dei rimborsi dovuti, secondo la specifica tipologia di Piano Sanitario.

Le richieste di rimborso relative alle spese sostenute vanno 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 a una stessa garanzia va considerata la data indicata nel documento di

spesa più recente.

Il pagamento dell'indennizzo interviene a cura ultimata, entro 30 giorni dalla data di presentazione della documentazione completa.

Il rimborso delle spese interviene 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 (Network convenzionato), al fine di consentire loro di verificarne la regolare iscrizione al Fondo.

Dopo aver accertato l'assistibilità e, quindi, l'erogabilità delle prestazioni in forma "diretta", le strutture sanitarie convenzionate la erogano 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, ove:

- dichiara di essere a conoscenza che il Fondo opera a gestione convenzionata e che le coperture sanitarie sono affidate alla compagnia Poste Assicura S.p.A.;
- si obbliga a saldare direttamente all'Istituto di cura e ai medici convenzionati tutte le prestazioni non contemplate nel Piano Sanitario 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 eseguono le prestazioni sanitarie in convenzione, acconsentendo all'eventuale invio da parte loro 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 dal Regolamento 2016/679/UE(GDPR) 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, risultino non contemplate dalle coperture previste.

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

MODALITÀ PER USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI LTC, AL VERIFICARSI DELLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA.

Per chiedere l'erogazione della prestazione "LTC", al verificarsi della condizione di non autosufficienza, l'Assistito deve presentare la denuncia direttamente alla compagnia Poste Vita S.p.A., soggetto a cui è demandata l'erogazione delle prestazioni.

Il modulo di "denuncia dello stato di non autosufficienza", direttamente scaricabile dal sito www.postevitafondosalute.it, va compilato in ogni sua parte, secondo le istruzioni presenti nel modulo stesso. Il dettaglio della documentazione da allegare al modulo di "denuncia dello stato di non autosufficienza" è esplicitato nella sezione del presente documento relativa alla garanzia "rendita vitalizia in caso di non autosufficienza".

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

POSTE VITA S.p.A. - UFFICIO LIQUIDAZIONI VITA
VIALE EUROPA, 190 - 00144, ROMA (RM).

L'erogazione della rendita, in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza, avviene esclusivamente mediante bonifico bancario.

Per ulteriori informazioni sull'erogazione della rendita, gli Assistiti possono telefonare al **Contact Center di Poste Vita S.p.A. al numero verde 800.31.61.81**, attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.30 alle 17.00 e il sabato dalle ore 09.30 alle 13.30.

RECLAMI.

Per presentare reclami relativi alle liquidazioni delle richieste di rimborso occorre inviare apposita comunicazione a Poste Assicura S.p.A., Ufficio Customer Care, Viale Europa, 190, 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 alla garanzia LTC (erogazione rendita ecc.), va inviata apposita comunicazione scritta a Poste Vita S.p.A. Gestione Reclami, Viale Europa, 190, 00144 - Roma, fax al n° 06.5492.4426. È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo: **reclami@postevita.it**. La funzione aziendale responsabile della gestione dei reclami è Marketing e Servizi al Cliente - Customer Experience e Assistenza Clienti.

Qualora l'Assistito non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, può 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 Compagnia.

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 da essa fornito;
- 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 al presente rapporto, 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 di legge.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa dall'italiana, gli eventuali reclami vanno 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 operativa: Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, Reclami, Viale Europa 175, 00144 - Roma.



IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE.

Premesso che:

- per effetto dell'art. 13 del DPR n. 642/72 ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad € 77,48 deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente fissata in € 2,00 mediante applicazione, da parte di chi emette il documento di spesa, di marche o bollo a punzone;
- in caso di trasgressione dell'obbligo di cui sopra è prevista una sanzione amministrativa compresa tra il 100% e il 500% del tributo dovuto;

sono obbligati in solido al pagamento del tributo e delle eventuali sanzioni amministrative tutte le parti che sottoscrivono, ricevono, accettano o negoziano atti o documenti non in regola con l'assolvimento del tributo ovvero li allegano ad altri atti o documenti.

Ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte del Fondo, l'Assistito deve presentare fatture regolarmente assoggettate a imposta di bollo, ove essa sia richiesta dalla normativa pro tempore vigente.



ALLEGATO 1.

GLOSSARIO.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

ASSISTITO: il Dipendente (inclusi, qualora da questi richiesto, i relativi componenti del nucleo familiare come di seguito meglio definito) del Datore che, previa sottoscrizione di un apposito contratto o accordo collettivo aziendale, ovvero mediante l'adozione di uno specifico regolamento interno, ha richiesto l'adesione al Fondo.

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente Fondo.

CARENZA: il periodo iniziale decorrente dalla data di efficacia delle coperture del Fondo, assicurativa durante il quale le garanzie non sono operanti e pertanto l'eventuale sinistro non è indennizzato all'Assistito.

CARTELLA CLINICA: il documento ufficiale redatto durante il ricovero con pernottamento o il day hospital/surgery o l'intervento ambulatoriale, contenente le generalità dell'Assistito, la diagnosi, l'anamnesi patologica, prossima e remota, le terapie effettuate, gli interventi chirurgici effettuati, gli esami e il diario clinico, nonché la scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

DATORE: entità giuridiche, quali aziende, associazioni o altre collettività in genere che hanno aderito al Fondo al fine di rendere i propri Dipendenti (inclusi, qualora da essi richiesto, i componenti del nucleo familiare come di seguito meglio definito) fruitori delle prestazioni del Fondo.

DIPENDENTE: l'associato o il soggetto appartenente alla collettività identificata dal Datore che, previa sottoscrizione di un apposito contratto o accordo collettivo aziendale, ovvero mediante l'adozione di uno specifico regolamento interno, ne ha richiesto l'adesione al Fondo.

FONDO: Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita.

FRANCHIGIA: la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assistito.

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO: l'Intervento chirurgico rientrante nell'elenco dei Grandi interventi chirurgici inserito nel presente fascicolo informativo.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA: importo giornaliero erogato dal Fondo in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

INFORTUNIO: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO: l'atto medico realizzato in strutture sanitarie regolarmente autorizzate da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Non sono considerati Interventi chirurgici né le riduzioni incruente di fratture e lussazioni, né gli accertamenti diagnostici o di controllo, anche quando invasivi o comportanti prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e/o per l'introduzione di idoneo strumento all'interno dell'organismo. Non sono altresì considerati interventi chirurgici i soli trattamenti sanitari a scopo terapeutico, quali cure oncologiche o somministrazione di qualsivoglia medicinale, anche tramite cruentazione dei tessuti.

ISTITUTO DI CURA: l'ospedale pubblico, l'istituto universitario, la clinica o casa di cura privata regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza o lungo degenza, di soggiorno o di riposo per la cura di anziani o malati cronici, nonché le cliniche della salute e quelle aventi finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, e le residenze sanitarie assistenziali.

MALATTIA: ogni riscontrabile e obiettivabile alterazione dello stato di salute, non dipendente da infortunio, a carattere evolutivo, che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.

MALFORMAZIONE: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

MASSIMALE: la somma fino alla concorrenza della quale il Fondo corrisponde la prestazione.

NETWORK CONVENZIONATO: l'insieme di istituti di cura, centri diagnostici ed équipe mediche e chirurgiche eroganti servizi sanitari che alla data del sinistro abbiano stipulato un convenzionamento ai sensi del quale possono fornire all'Assistito le prestazioni sanitarie con costo sostenuto dal Fondo, tramite la compagnia di assicurazione incaricata, in nome e per conto dell'Assistito, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.

RETTA DI DEGENZA: costo giornaliero per il soggiorno in istituto di cura e per l'assistenza medico-infermieristica, sia ordinaria che intensiva.

RICOVERO: la degenza dell'Assistito in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

RICOVERO IMPROPRIO: la degenza (ricovero) in istituto di cura, che risulta non necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non è praticata alcuna terapia complessa e sono eseguiti solo accertamenti diagnostici, ordinariamente effettuati in regime ambulatoriale, senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

SCOPERTO: la percentuale del danno che rimane a carico dell'Assistito.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e fatturate esclusivamente presso istituti di cura, centri medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura sono escluse, in ogni caso, tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista, la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

VISITA SPECIALISTICA:

la visita è effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui la specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.



NOMENCLATORE DELLE GARANZIE INCLUSE

nel Piano Sanitario Integrativo
ai Fondi di Categoria:
Quas - Fasi/Fasdac - Fondo Est.

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, delle quali evidenziano esclusivamente le caratteristiche principali. Le Condizioni Generali di Assicurazione restano, pertanto, l'unico strumento valido per una completa ed esauriente informativa.

Il Piano Sanitario Integrativo ai Fondi di Categoria Quas, Fasi/Fasdac e Fondo Est prevede le seguenti garanzie:

1. Garanzie integrative prestazioni sanitarie al Fondo di Categoria Quas.
2. Garanzie integrative prestazioni sanitarie al Fondo di Categoria Fasi/Fasdac.
3. Garanzie integrative prestazioni sanitarie al fondo di Categoria Fondo Est.
4. Rendita vitalizia per non autosufficienza valida per i Fondi di Categoria Quas, Fasi/Fasdac e Fondo Est.

Di seguito sono rappresentati i Quadri Sinottici riepilogativi delle garanzie integrative alle prestazioni sanitarie, distinti per tipologia di Fondi di Categoria

1. GARANZIE INTEGRATIVE PRESTAZIONI SANITARIE AL FONDO DI CATEGORIA QUAS.

OPZIONE QUADRI - INTEGRATIVE QUAS.

OSPEDALIERE

RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL E INTERVENTO AMBULATORIALE

- Massimale	€ 150.000
- Condizioni:	
- in rete	rimborso al 100%
- fuori rete	scoperto 10% - minimo € 500
- misto	scoperto 25%
- Limite retta di degenza fuori rete	€ 250
- pre/post.....	90/90 gg
- Sub massimali:	
- Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali.....	€ 3.000 per evento
- Parto Naturale	€ 2.500
- Parto Cesareo ed Aborto terapeutico	€ 4.000
- Chirurgia refrattiva (A.1.6)	€ 1.000 per occhio
- Accompagnatore	€ 35 al giorno max 40 gg
- Trasporto malato	€ 3.000
- Indennità sostitutiva	€ 100 al giorno max 80 gg

EXTRAOSPEDALIERE

SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE (DA ELENCO, ALLEGATO 2)

- Massimale	€ 3.000
- Condizioni	Scoperto 20% - minimo € 50

CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI

- Massimale	non previsto
- Condizioni:	
- Medicinali (sub-massimale).....	non previsto
- Assistenza Infermieristica Domiciliare (sub-massimale)	non previsto

TICKET SSN

- Massimale	€ 1.500
- Condizioni	rimborso al 100%

Per una esaustiva descrizione delle garanzie si rinvia all'Allegato 3.

2. GARANZIE INTEGRATIVE PRESTAZIONI SANITARIE AL FONDO DI CATEGORIA FASI/FASDAC.

OPZIONE DIRIGENTI - INTEGRATIVE FASI/FASDAC.

OSPEDALIERE

RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL E INTERVENTO AMBULATORIALE

- Massimale	€ 300.000
- Condizioni	da integrativa
- pre/post.....	90/90 gg
- Sub massimali:	
- Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali.....	€ 5.000 per evento
- Parto Naturale	€ 4.000
- Parto Cesareo ed Aborto terapeutico	€ 6.000
- Chirurgia refrattiva (A.1.6)	€ 1.200 per occhio
- Accompagnatore	€ 40 al giorno max 40 gg
- Trasporto malato	€ 3.000
- Indennità sostitutiva	€ 50 al giorno max 100 gg
- pre/post.....	90/90 gg

EXTRAOSPEDALIERE

SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE (DA ELENCO, ALLEGATO 2)

- Massimale	€ 3.500
- Condizioni	da integrativa

CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI

- Massimale	non previsto
- Condizioni:	
- Medicinali (sub-massimale).....	non previsto
- Assistenza Infermieristica Domiciliare (sub-massimale)	non previsto

CURE DENTARIE

- Massimale	non previsto
- Condizioni	non previsto

LENTI

- Massimale	non previsto
- Condizioni (a seconda tipo di integrativa)	non previsto

TICKET SSN

- Massimale	€ 1.500
- Condizioni	rimborso al 100%

Per una esaustiva descrizione delle garanzie si rinvia all'Allegato 3.

3. GARANZIE INTEGRATIVE PRESTAZIONI SANITARIE AL FONDO DI CATEGORIA FONDO EST.

OPZIONE IMPIEGATI - INTEGRATIVE FONDO EST.

OSPEDALIERE

RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL E INTERVENTO AMBULATORIALE

- Massimale	€ 70.000
- Condizioni:	
- in rete	franchigia fissa € 1.000
- fuori rete	scoperto 20% - min. € 2.000
- misto	scoperto 25%
- Limite retta di degenza fuori rete	
- pre/post.....	€ 200 60/60 gg
- Sub massimali:	
- Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali.....	€ 3.000 per evento
- Parto Naturale	€ 1.000
- Parto Cesareo ed Aborto terapeutico	€ 2.000
- Chirurgia refrattiva (A.1.6)	€ 500 per occhio
- Accompagnatore	€ 25 al giorno max 40 gg
- Trasporto malato	€ 1.000
- Indennità sostitutiva	€ 50 al giorno max 30 gg

EXTRAOSPEDALIERE

SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE (DA ELENCO, ALLEGATO 2)

- Massimale	€ 500
- Condizioni	Scoperto 20% - minimo € 100

CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI

- Massimale	esclusa
- Condizioni:	
- Medicinali (sub-massimale).....	esclusa
- Assistenza Infermieristica Domiciliare (sub-massimale)	esclusa

TICKET SSN

- Massimale	€ 500
- Condizioni	rimborso al 100%

Per una esaustiva descrizione delle garanzie si rinvia all'Allegato 3.

4.

RENDITA VITALIZIA PER NON AUTOSUFFICIENZA.

È riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assistito che, quale risultato di un peggioramento della funzionalità dell'organismo, dovuto a malattia o infortunio, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da avere bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana, oppure, sia affetto da grave demenza invalidante comprovata da una diagnosi di un neurologo e/o gerontologo (basata su test psicometrici riconosciuti tipo MMSE,...) con conseguente assoluta necessità di una costante e permanente assistenza da parte di una terza persona.

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

- lavarsi o mantenere una corretta igiene personale: capacità di farsi il bagno o la doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo. Ciò implica che l'Assistito è in grado di lavarsi dalla testa ai piedi in modo da mantenere, anche in caso di incontinenza, un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente e senza l'aiuto di una terza persona;
- vestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assistito senza l'assistenza di una terza persona. La capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante;
- nutrirsi: capacità di mangiare o bere autonomamente cibo preparato da terzi. Ciò implica che l'Assistito è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca ed inghiottirlo senza l'aiuto di una terza persona;
- spostarsi: capacità di alzarsi da una sedia o dal letto e viceversa o di spostarsi da una sedia al letto e viceversa anche con l'aiuto di ausili specifici senza l'aiuto di una terza persona.

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da diritto all'Assistito di richiedere la corresponsione della rendita mensile posticipata.

L'Assistito, una volta all'anno, secondo le modalità comunicate in fase di erogazione della rendita, è tenuto a trasmettere alla compagnia Poste Vita S.p.A. e al Fondo il certificato di permanenza in vita.

RENDITA VITALIZIA PER NON AUTOSUFFICIENZA (LTC)

Rendita annua/Assistito

**€ 12.000, per anno/persona
(€ 1.000 al mese)**

La rendita erogata può essere utile all'Assistito per permettersi un'assistenza privata (badante, infermiere, fisioterapista, etc.) ovvero per pagare (in tutto o in parte) la retta mensile di una struttura medica specialistica, limitando gli impatti economici sulla sua famiglia.

Per il dettaglio delle condizioni di assistibilità e delle esclusioni della garanzia per non auto sufficienza si vedano gli elenchi disponibili nell'allegato 4.

Per ottenere l'erogazione della rendita, in caso di insorgenza dello stato di "non autosufficienza" l'Assistito, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazione LTC (non autosufficienza)", deve inviare:

- il "Modulo denuncia dello stato di non autosufficienza" compilato dall'Assistito;
- il questionario di "non autosufficienza" a cura dell'Assistito;
- il questionario di "non autosufficienza" a cura del medico curante;
- la documentazione clinica comprovante lo stato di non autosufficienza.

La prestazione di rendita è corrisposta se, trascorsi 90 giorni a partire dalla data di denuncia, perdura lo stato di "non autosufficienza".



ALLEGATO 2.

SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE.

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.)
- RMN
- TAC (con o senza mezzo di contrasto)
- Medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.)
- Coronarografia
- Ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.)
- Elettrocardiogramma sotto sforzo
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale).
- Diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.)
- Ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli)
- Elettrocardiografia
- ECG Holter
- Monitoraggio 24H della pressione arteriosa
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Uroflussometria
- M.O.C. (densitometria ossea)
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Laserterapia
- Dialisi



ALLEGATO 3.

Estratto Condizioni Generali di Assicurazione di Poste Assicura S.p.A.
relative al Piano sanitario integrativo ai Fondi di Categoria:
Quas - Fasi/Fasdac - Fondo Est.

Posteassicura
GruppoAssicurativoPostevita

Posteitaliane

POSTE ASSICURA S.p.A.

CONTRAENTE

**FONDO DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA POSTEVITA**

ESTRATTO CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
RELATIVE AL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO AI FONDI DI CATEGORIA:
Quas - Fasi/Fasdac - Fondo Est

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito indicato:

ASSICURATI.

Le persone per le quali viene prestata l'assicurazione.

ASSICURAZIONE.

Il contratto con il quale la Compagnia si impegna a tenere indenne l'Assicurato entro i limiti convenuti, del danno a esso prodotto da un sinistro.

ASSOCIATO.

Società/Azienda associata al Contraente/Azienda Associata.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA.

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

CARENZA.

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci.

CERTIFICATO DI POLIZZA.

Il documento rilasciato dalla Compagnia che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi del Contraente/Azienda Associata, i soggetti assicurati, ecc).

COMPAGNIA/IMPRESA.

Poste Assicura S.p.A.

CONTRAENTE/AZIENDA ASSOCIATA.

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita per conto dell'Azienda Associata.

DAY HOSPITAL.

Degenza in Istituto o casa di cura autorizzati a erogare prestazioni sanitarie in regime esclusivamente diurno, con compilazione di cartella clinica. Sono esclusi i ricoveri effettuati per visite diagnostiche o di controllo o per motivi terapeutici tranne che questi non siano inerenti a un ricovero o a un intervento indennizzabile a termini di polizza.

DATA EVENTO

Prestazioni Ospedaliere - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio. Prestazioni Extra ospedaliere - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

DIFETTO FISICO.

Alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

EVENTO.

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

FRANCHIGIA.

La parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.

INDENNIZZO.

Somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

INFORTUNIO.

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO.

Intervento terapeutico o diagnostico mediante uso di strumenti chirurgici, nonché diatermocoagulazione, tecnica laser o criotecnica. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE.

Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

ISTITUTO DI CURA.

Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenti.

MALATTIA.

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

MALATTIA MENTALE.

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-10 dell'OMS).

MASSIMALE.

La spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Compagnia presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

NOTA INFORMATIVA.

Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Compagnia deve consegnare al Contraente/Azienda Associata prima della sottoscrizione del contratto, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative finanziarie della polizza.

NUCLEO FAMILIARE.

Il dipendente, il coniuge o il convivente more uxorio, i figli fino a 26 anni di età.

PREMIO.

Somma dovuta dal Contraente/Azienda Associata alla Compagnia.

POLIZZA.

I documenti che provano l'assicurazione.

RICOVERO.

Degenza ininterrotta, comportante pernottamento, in Istituto di cura pubblico o privato.

SCOPERTO.

Percentuale della parte indennizzabile del danno che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.

RIMBORSO IN FORMA MISTA.

Il rimborso che la Compagnia effettua all'assicurato per le prestazioni mediche eseguite presso Istituti di Cura convenzionati e da professionisti non convenzionati

SINISTRO.

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

SOCIETÀ DI GESTIONE.

Società che, su delega della Compagnia, gestisce il servizio di assistenza agli Assicurati, nelle forme di Assistenza Diretta e Indiretta.

S.S.N.
Servizio Sanitario Nazionale.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI.

Prestazioni di medicina riabilitativa, ad opera di personale fornito di specifico diploma, tesa a rendere possibile il recupero delle funzioni negli individui colpiti da traumi, lesioni invalidanti, malattie infiammatorie o degenerazioni articolari.

VISITA SPECIALISTICA.

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/Azienda Associata relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 2 - DECORRENZA CONTRATTUALE - PAGAMENTO DEL PREMIO.

Omissis

ART. 3 - PROROGA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE.

Omissis

ART. 4 - REGOLAZIONE DEL PREMIO.

Omissis

ART. 5 - IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE E VARIAZIONI IN CORSO D'ANNO.

Omissis

ART. 6 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE.

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 6 - ONERI FISCALI.

Omissis

ART. 8 - FORO COMPETENTE E PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE.

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza o domicilio dell'Assicurato o degli aventi diritto previo esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. 28/2010 (modificato dal D.L.n.69/2013 convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013) nei casi previsti dalla legge o se voluta dalle parti e salvo diverse disposizioni di legge pro tempore vigenti. La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione, accreditato presso il Ministero della Giustizia, nel luogo del giudice territorialmente competente.

ART. 9 - ALTRE ASSICURAZIONI.

Omissis

ART. 10 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI.

Omissis

ART. 11 - RINUNCIA ALLA RIVALSA.

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 12 - LEGGE APPLICABILE E RINVIO.

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana, da ritenersi applicabile anche per tutto quanto non è qui diversamente stabilito.

ART. 13 - CLAUSOLA DI INTERMEDIAZIONE.

Omissis

ART. 14 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.

Il presente contratto prevede il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato a seguito di Malattia o Infortunio, **nei limiti indicati quadro sinottico** (a seconda dell'opzione prescelta).

Le garanzie sono di seguito elencate:

- A) Ospedaliera.
- B) Specialistiche Extraospedaliere.
- C) Ticket.

Sono Assicurabili i dirigenti, i quadri, gli impiegati in forza presso l'Azienda Associata stabilmente **residenti/domiciliati in Italia.**

Tale assicurazione presuppone inoltre che siano soddisfatte le seguenti condizioni:

- un unico Contraente/Azienda Associata;
- copertura di categorie nella loro totalità;
- determinazione dell'Opzione prescelta in base a criteri uniformi, indipendenti dalla diretta volontà dei singoli assicurati.

La copertura per ciascun Assicurato decorre dalla data comunicata dal Contraente/Azienda Associata e si intende:

- a) la data di primo inizio della Polizza per tutti coloro che rientrano nella categoria assicurata a tale data;
- b) la data di acquisizione del diritto all'assicurazione per nuove assunzioni e promozioni successive alla data di cui al punto a).

Sono rimborsabili le spese sostenute per infortuni occorsi successivamente alla data di ingresso dell'Assicurato in copertura.

Sono comprese le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto o di appendice per successiva inclusione di persone, nonché le malattie croniche e recidivanti.

Sono altresì compresi i difetti fisici la cui correzione non sia stata possibile o indicata nei primi 3 anni di vita e che rappresentino rischio oggettivo di conseguenze o complicanze patologiche per l'Assicurato.

ART. 15 - COPERTURA INTEGRATIVA.

Si precisa che **la copertura è stipulata solo a favore di categorie che aderiscano ai Fondi FASI/FASDAC - FONDO Est - QUAS**. L'assicurazione è operante a secondo rischio e a integrazione dei plafond previsti dai tariffari dei fondi succitati e si intendono abrogati gli scoperti e le franchigie eventualmente previste in polizza.

È previsto l'obbligo per gli assicurati di presentare le proprie spese al Fondo di appartenenza; successivamente dovrà inviare la copia di tutta la documentazione presentata, insieme al documento di rimborso del Fondo, per ottenere dalla Società il rimborso della parte rimasta a suo carico, purché indennizzabile a termini della presente polizza.

Le eventuali garanzie non previste dal Fondo ma incluse nel presente contratto, saranno indennizzate nei limiti per ogni garanzia previsti dal presente contratto con l'applicazione di uno scoperto del 25%. Tale modalità di liquidazione sarà operativa anche per le spese sostenute da familiari assicurati dal presente contratto ma non assistiti dal Fondo.

Si ricorda che il piano Quas - Fondo Est prevede il rimborso esclusivamente per il dipendente Quadro/Impiegato e non anche per il nucleo familiare.

Le spese effettuate dai familiari del Quadro dovranno quindi essere presentate alla Società e saranno rimborsate a primo rischio, con applicazione degli scoperti e franchigie previsti dalla copertura.

ART. 16 - DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE.

La Compagnia assicura, **fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nel quadro sinottico** a seguito di malattia o infortunio il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assicurato:

A) OSPEDALIERE.

A1. In caso di intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura o in ambulatorio, Parto cesareo e Aborto Terapeutico.

- A1.1 Per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei giorni precedenti e relativi all'intervento stesso.
- A1.2 Per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico.
- A1.3 Per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento, per gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento.
- A1.4 Per l'assistenza medica/infermieristica, le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati presso i Centri Medici, per i medicinali e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero.
- A1.5 Per le rette di degenza **(con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente)**; rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione

del ricovero per: esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti rieducativi e fisioterapici praticati presso Centri Medici, cure termali **(escluse le spese alberghiere)** effettuate nei giorni successivi al ricovero.

- A1.6 La chirurgia refrattiva e i trattamenti con laser eccimeri (se prevista in polizza) limitatamente a quelli effettuati:
- a) in caso di anisometropia superiore a tre diottrie;
 - b) in caso di deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio.

A2. In caso di ricovero in Istituto di cura che non comporti intervento chirurgico e Parto fisiologico.

- A2.1 Per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei giorni precedenti al ricovero e relativi al ricovero stesso.
- A2.2 Per gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica, le cure, i medicinali e le rette di degenza **(con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente)** riguardanti il periodo di ricovero.
- A2.3 Per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei giorni successivi al ricovero e relativi al ricovero stesso.
- A2.4 Per le cure termali **(escluse le spese alberghiere)** effettuate nei giorni successivi al ricovero e rese necessarie a seguito del ricovero.

A3. Interventi Ambulatoriali e Day Hospital (con e senza Intervento chirurgico).

Sono rimborsabili le spese sostenute in caso di Interventi Ambulatoriali e Day Hospital (con e senza Intervento chirurgico).

A4. Rette di degenza dell'Accompagnatore.

Sono comprese le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto e il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato.

A5. Trasporto dell'Assicurato.

Sono comprese le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasporto dell'Assicurato a e da Istituto di Cura o ospedale e da un Istituto di Cura o ospedale a un altro con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, in Italia e all'estero.

A6. Indennità sostitutiva.

Se tutte le spese suindicate (dal punto A1 al punto A5) sostenute nel periodo di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, o interamente rimborsate da altro Ente, la Compagnia corrisponde un'indennità per ciascun giorno di ricovero. L'importo dell'indennità prevista e il numero massimo dei giorni sono riportati nel Certificato di Polizza.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero con pernottamento, si conviene che il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

B) SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE.

La Compagnia assicura, **fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nel quadro sinottico** a seguito di malattia o infortunio il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assicurato:

PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA.
Elenco come da allegato.

C) TICKET.

Qualora le spese sostenute nell'ambito delle garanzie suddette, vengano effettuate presso il SSN, e sempreché la garanzia sia prevista dall'opzione prescelta, l'importo di eventuali ticket sarà rimborsato al 100%, **con il massimo indicato nel quadro sinottico.**

ART. 17 - CARENZA.

Non sono previste carenze.

ESCLUSIONI E LIMITAZIONI.

ART. 18 - ESCLUSIONI.

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) le intossicazioni e gli infortuni conseguenti ad abuso di alcolici e psicofarmaci o a uso, a scopo non terapeutico, di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- b) i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili a esaurimento nervoso;
- c) ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- d) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, immersione con autorespiratore, sport aerei, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli, moto o natanti a motore;
- e) infortuni determinati da ubriachezza o sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose; le garanzie si intendono tuttavia estese agli infortuni determinati da imprudenze e negligenze gravi;
- f) infortuni sofferti in conseguenza della partecipazione a gare professionisti che e allenamenti, a imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- h) tutte le procedure, accertamenti e interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita, alla sterilità e/o all'impotenza;

- i) le spese relative a prestazioni di routine e/o di controllo, i vaccini;
 - j) cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto dall'art 1;
 - k) applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio),
 - l) le cure e le protesi odontoiatriche e ortodontiche salvo quanto previsto dalla lett D Cure Dentarie se prevista in polizza;
 - m) chirurgia plastica a scopo estetico salvo per bambini che non abbiano compiuto il terzo anno di età e quella a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio;
 - n) gli interventi e le cure delle miopie e/o astigmatismo e correzione del visus, salvo quanto previsto dalla garanzia A) Ospedaliere punto A.1.6;
 - o) spese per l'acquisto, la manutenzione, la riparazione o il noleggio di apparecchi protesici o terapeutici, salvo quanto previsto dalla lett. A) Ospedaliere punto A.1.5, C) Cure Domiciliari e Ambulatoriali se prevista in polizza;
 - p) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
 - q) le conseguenze di terremoti, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
 - r) ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante da patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate da OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;
 - s) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - t) le conseguenze di terrorismo nucleare, biologico, chimico;
 - u) lungodegenze, intese quali ricoveri determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentano più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di Cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
 - v) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
 - w) cure omeopatiche e omeopatia in genere;
 - x) trattamenti di medicina alternativa;
 - y) le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, salvo quanto espressamente previsto in polizza;
 - z) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- aa) aborto volontario.

ART. 19 - LIMITE D'ETÀ.

Possono essere inseriti in copertura soggetti che non abbiano superato i 70 anni di età purchè mantengano un rapporto di dipendenza con l'Azienda Associata.

Per quegli Assicurati che raggiungono tale limite di età, in corso di copertura, l'assicurazione cessa automaticamente alla prima scadenza annuale del contratto immediatamente successiva.

ART. 20 - LIMITI TERRITORIALI.

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

NORME IN CASO DI SINISTRO.

ART. 21 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO.

Entro 15 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o il Contraente o, se impossibilitato a farlo, gli aventi diritto, devono darne comunicazione per iscritto all'Intermediario al quale è affidata la gestione della Polizza oppure alla Società stessa. La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora, natura del sinistro e cause che lo hanno determinato; la denuncia deve essere corredata da idonea certificazione medica. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica e ulteriore documentazione utile richiesta dalla Società.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Colui che richiede l'indennizzo deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto.

Nel rispetto delle garanzie di polizza, gli Assicurati possono usufruire delle prestazioni sanitarie mediante due modalità:

- **Forma "indiretta":** l'Assicurato invia le ricevute che attestano le spese sanitarie sostenute presso una qualsiasi struttura sanitaria non convenzionata con la Società. Qualora ne sussistano i presupposti, l'Assicurato riceverà il rimborso delle predette spese (nei limiti e nei massimali previsti nel Certificato di Polizza) mediante bonifico bancario, per il tramite della Società.
- **Forma "diretta":** l'Assicurato usufruisce delle prestazioni sanitarie presso una delle strutture convenzionate (i.e., Network Convenzionato) con la Società. In questo caso se il costo delle prestazioni è compreso nei limiti e nei massimali previsti nel Certificato di Polizza, l'Assicurato 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 dalla Polizza, l'Assicurato deve pagare alla struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato esclusivamente la differenza tra il costo della prestazione e quanto previsto dalla Polizza oltre eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili.

Di seguito sono descritte le specifiche:

Forma “indiretta”.

Per richiedere alla Società il rimborso delle spese sanitarie pagate direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dalla Polizza, l'Assicurato potrà procedere in modalità digitale. Nel dettaglio dovrà accedere alla propria area riservata sul portale web; accedere al menu Richieste On-line.

Le richieste acquisite perverranno direttamente alla Società che procederà alla valutazione dei rimborsi dovuti secondo le Condizioni di Assicurazioni.

Il rimborso delle spese avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN comunicate d'Assicurato.

Forma “diretta”.

Gli Assicurati 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 presso il Contraente. Dopo aver accertato l'assistibilità, e quindi la possibile erogazione delle prestazioni in forma “diretta”, le strutture sanitarie convenzionate erogano la prestazione e anticipano le spese sostenute dagli Assicurati nei limiti e nei massimali previsti in Polizza.

L'Assicurato, per usufruire della prestazione nella struttura sanitaria convenzionata, deve compilare un modulo nel quale dichiara di essere a conoscenza che:

- il contraente è a gestione convenzionata e che le coperture sanitarie sono prestate dalla Società;
- 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 i medici-chirurghi che eseguiranno le prestazioni sanitarie in convenzione, acconsentendo all'eventuale invio da parte di questi ultimi della relativa documentazione sanitaria alla Società assicurativa e/o al Contraente;
- fornisce il consenso al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, così come previsto dal Regolamento 2016/679/UE(GDPR) sulla Privacy;
- si obbliga a rimborsare alla Società 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'Assicurato dovrà richiedere il rimborso in forma indiretta.

ART. 22 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO.

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

Il pagamento delle richieste di rimborso avverrà solo tramite bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN fornite dall'Assicurato.

Le liquidazioni dei danni vengono effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, il valore di cambio è ricavato dalla quotazione della BCE.

ART. 23 - COLLEGIO MEDICO.

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento o sulla misura dell'indennità da corrispondere all'Assicurato, nonché sui criteri di liquidazione contrattualmente stabiliti, le parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente, al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio medico. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso. I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale. Nel caso in cui le parti dovessero concordare di conferire tale mandato irrevocabile al predetto Collegio medico, le stesse rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

LEGGERE ATTENTAMENTE LA SOTTOSTANTE INFORMATIVA PRIVACY.

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART.13 DEL REGOLAMENTO 2016/679/UE (GDPR) "REGOLAMENTO EUROPEO IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI".

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI.

I dati personali e sensibili forniti da lei stesso o da altri soggetti⁽¹⁾ sono trattati per:

- a) finalità connesse all'esecuzione del contratto e in generale ad ogni finalità assicurativa⁽²⁾:
 - dare esecuzione al contratto assicurativo ed in particolare procedere all'attività di liquidazione dei Sinistri;
- b) finalità derivanti da obblighi di legge:
 - adempiere ad ogni obbligo di legge, regolamento o della normativa europea connesso all'esecuzione del contratto assicurativo.

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI.

I Suoi dati personali e sensibili sono trattati, in particolare per il servizio di liquidazione dei Sinistri, la fornitura dei prodotti e delle informazioni da Lei richieste, mediante l'ausilio o meno di strumenti elettronici.

NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI PERSONALI, SUO CONSENSO ED EVENTUALI CONSEGUENZE DI UN RIFIUTO.

Per la fornitura di servizi assicurativi ed in particolare nell'ambito del servizio di liquidazione dei Sinistri che La riguardano abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili". Le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento di tali dati per queste specifiche finalità.

⁽¹⁾ Altri soggetti che effettuano operazioni che La riguardano o che, per soddisfare una Sua richiesta forniscono alla Società informazioni finanziarie, professionali etc.

⁽²⁾ La "finalità assicurativa" richiede necessariamente che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di Polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei Sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio o difesa dei diritti dell'Assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

Il conferimento dei Suoi dati personali e sensibili non è obbligatorio per legge, tuttavia senza i Suoi dati non potremmo fornirLe i servizi e i prodotti assicurativi in tutto o in parte ovvero procedere alla liquidazione del Sinistro.

Alcuni dati viceversa devono essere comunicati da Lei o da terzi per obbligo di legge: lo prevede ad esempio la disciplina antiriciclaggio; così pure i Suoi dati devono da noi essere comunicati, per obbligo di legge, ad enti e organismi pubblici, quali IVASS - Casellario Centrale Infortuni - UIC - Motorizzazione Civile - Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché - in caso di richiesta - all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine.

COMUNICAZIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI.

Per le finalità sopra descritte i Suoi dati (in particolare dati personali, contatti telefonici ed e-mail, indirizzo Residenza) potrebbero essere comunicati a soggetti che operano in qualità di Titolari autonomi o di Responsabili del trattamento per ogni finalità assicurativa, anche in virtù di obblighi di legge, ovvero a soggetti di nostra fiducia che svolgono - per nostro conto - compiti di natura tecnica od organizzativa, alcuni di questi anche all'estero.

Si tratta in modo particolare di soggetti facenti parte del Gruppo Assicurativo Poste Vita, del Gruppo Poste Italiane, della catena distributiva quali Intermediari, agenti, sub-agenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società, quali professionisti legali, periti e medici, Società di servizi per il quietanzamento, Società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione e il pagamento dei Sinistri, centrali operative di assistenza e Società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, Società di servizi informatici e telematici o di archiviazione dati; Società di servizi postali indicate nel plico postale; Società di revisione e di consulenza; Società di informazione commerciale per rischi finanziari, Società di servizi per il controllo delle frodi, Società di recupero crediti.

In considerazione della complessità della nostra organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nel perseguimento delle finalità sopra indicate nell'ambito delle rispettive mansioni ed in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo chiedendolo a:

Poste Assicura S.p.A.
Gruppo Assicurativo Poste Vita
Ufficio Privacy
Viale Europa 190, 00144 Roma
fax 06.5492.4258
privacy@postevita.it

I dati raccolti non saranno in alcun modo diffusi.

ESERCIZIO DEI DIRITTI.

La informiamo inoltre che Lei ha il diritto di conoscere in ogni momento quali sono i Suoi dati in nostro possesso e come essi vengono utilizzati. Ha anche il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Per l'esercizio dei Suoi diritti può rivolgersi a:

Poste Assicura S.p.A.
Gruppo Assicurativo Poste Vita
Ufficio Privacy
Viale Europa 190, 00144 Roma
fax 06.5492.4258
privacy@postevita.it

OPZIONE QUADRI - INTEGRATIVE QUAS.

OSPEDALIERE

RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL E INTERVENTO AMBULATORIALE

- Massimale	€ 150.000
- Condizioni:	
- in rete	rimborso al 100%
- fuori rete	scoperto 10% - minimo € 500
- misto	scoperto 25%
- Limite retta di degenza fuori rete	€ 250
- pre/post.....	90/90 gg
- Sub massimali:	
- Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali.....	€ 3.000 per evento
- Parto Naturale	€ 2.500
- Parto Cesareo ed Aborto terapeutico	€ 4.000
- Chirurgia refrattiva (A.1.6)	€ 1.000 per occhio
- Accompagnatore	€ 35 al giorno max 40 gg
- Trasporto malato	€ 3.000
- Indennità sostitutiva	€ 100 al giorno max 80 gg

EXTRAOSPEDALIERE

SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE (DA ELENCO, ALLEGATO 2)

- Massimale	€ 3.000
- Condizioni	Scoperto 20% - minimo € 50

CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI

- Massimale	non previsto
- Condizioni:	
- Medicinali (sub-massimale).....	non previsto
- Assistenza Infermieristica Domiciliare (sub-massimale)	non previsto

TICKET SSN

- Massimale	€ 1.500
- Condizioni	rimborso al 100%

OPZIONE DIRIGENTI - INTEGRATIVE FASI/FASDAC.

OSPEDALIERE

RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL E INTERVENTO AMBULATORIALE

- Massimale	€ 300.000
- Condizioni	da integrativa
- pre/post.....	90/90 gg
- Sub massimali:	
- Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali.....	€ 5.000 per evento
- Parto Naturale	€ 4.000
- Parto Cesareo ed Aborto terapeutico	€ 6.000
- Chirurgia refrattiva (A.1.6)	€ 1.200 per occhio
- Accompagnatore	€ 40 al giorno max 40 gg
- Trasporto malato	€ 3.000
- Indennità sostitutiva	€ 50 al giorno max 100 gg
- pre/post.....	90/90 gg

EXTRAOSPEDALIERE

SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE (DA ELENCO, ALLEGATO 2)

- Massimale	€ 3.500
- Condizioni	da integrativa

CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI

- Massimale	non previsto
- Condizioni:	
- Medicinali (sub-massimale).....	non previsto
- Assistenza Infermieristica Domiciliare (sub-massimale)	non previsto

CURE DENTARIE

- Massimale	non previsto
- Condizioni	non previsto

LENTI

- Massimale	non previsto
- Condizioni (a seconda tipo di integrativa)	non previsto

TICKET SSN

- Massimale	€ 1.500
- Condizioni	rimborso al 100%

OPZIONE IMPIEGATI - INTEGRATIVE FONDO EST.

OSPEDALIERE

RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL E INTERVENTO AMBULATORIALE

- **Massimale** € 70.000

- **Condizioni:**

- in retefranchigia fissa € 1.000
- fuori retescoperto 20% - min. € 2.000
- mistoscoperto 25%

- **Limite retta di degenza fuori rete** € 200

- pre/post.....60/60 gg

- **Sub massimali:**

- Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali.....€ 3.000 per evento
- Parto Naturale€ 1.000
- Parto Cesareo ed Aborto terapeutico€ 2.000
- Chirurgia refrattiva (A.1.6)€ 500 per occhio

- **Accompagnatore** € 25 al giorno max 40 gg

- **Trasporto malato** € 1.000

- **Indennità sostitutiva** € 50 al giorno max 30 gg

EXTRAOSPEDALIERE

SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE (DA ELENCO, ALLEGATO 2)

- **Massimale** € 500

- **Condizioni** Scoperto 20% - minimo € 100

CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI

- **Massimale** esclusa

- **Condizioni:**

- Medicinali (sub-massimale).....esclusa
- Assistenza Infermieristica Domiciliare (sub-massimale)esclusa

TICKET SSN

- **Massimale** € 500

- **Condizioni** rimborso al 100%

SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE.

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.)
- RMN
- TAC (con o senza mezzo di contrasto)
- Medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.)
- Coronarografia
- Ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.)
- Elettrocardiogramma sotto sforzo
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale).
- Diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.)
- Ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli)
- Elettrocardiografia
- ECG Holter
- Monitoraggio 24H della pressione arteriosa
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Uroflussometria
- M.O.C. (densitometria ossea)
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Laserterapia
- Dialisi



ALLEGATO 4.

Estratto Condizioni Generali di Assicurazione di Poste Vita S.p.A.
relative al Piano sanitario integrativo ai Fondi di Categoria:
Quas - Fasi/Fasdac - Fondo Est.

**ASSICURAZIONE A PREMIO ANNUO DI RENDITA VITALIZIA
IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA NEL COMPIERE ATTI DI VITA QUOTIDIANA
VERIFICATASI ENTRO IL PERIODO DI COPERTURA.**

Postevita
GruppoAssicurativoPostevita

POSTE VITA S.p.A.

Posteitaliane

CONTRAENTE

**FONDO DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA POSTEVITA**

ESTRATTO CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
RELATIVE AL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO AI FONDI DI CATEGORIA:
QUAS - FASI/FASDAC - FONDO EST

TERMINOLOGIA.

Le Parti convengono che nelle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, salvo ove diversamente specificato, valgano le seguenti definizioni:

ASSICURATO.

ciascun Assistito appartenente ad una medesima classe omogenea di entità giuridiche, imprese o altre istituzioni, che è stato iscritto al Fondo a seguito della sottoscrizione di un apposito contratto, accordo collettivo aziendale, ovvero mediante l'adozione di uno specifico regolamento interno da parte dell'Ente.

ASSICURAZIONE.

il contratto di assicurazione.

ASSISTITO.

Ciascun Iscritto e/o componente del nucleo familiare (indistintamente considerato) per il quale sia stato richiesto di estendere l'assistenza da parte del Fondo, che abbia diritto all'erogazione delle prestazioni indicate nel Piano sanitario scelto e che risponda ai criteri di accettazione medica esposti all'Art. 5 "Condizioni di assicurabilità".

CERTIFICATO/CERTIFICATI.

Il/i certificato/i di polizza emesso/i dalla Compagnia a favore di ciascun Ente aderente al Fondo.

CONIUGE.

Coniuge dell'Iscritto e/o convivente more uxorio da almeno un anno prima dell'inizio della copertura assicurativa.

CONTRAENTE OPPURE FONDO.

Il Fondo di assistenza Sanitaria Integrativa Postevita.

ENTE.

L'Azienda, l'Associazione, Fondo/Cassa terzi o altra singola collettività, che decida di avvalersi, per i propri addetti/dipendenti/iscritti/associati dell'assistenza integrativa sociosanitaria erogata dal Fondo.

FIGLIO.

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.

ISCRITTO.

Colui che ha un qualsivoglia rapporto diretto o svolge un'attività di lavoro per conto dell'Ente che ha provveduto all'iscrizione al Fondo.

INFORTUNIO.

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

MALATTIA.

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

NUCLEO FAMILIARE.

Il dipendente, il coniuge o il convivente more uxorio, i figli fino a 26 anni di età, ove non totalmente inabili.

CERTIFICATO DI POLIZZA.

Il documento che prova la stipula dell'assicurazione.

NUOVO ISCRITTO.

Iscritto che instaura un rapporto diretto o viene assunto per un'attività di lavoro dall'Ente che ha provveduto all'iscrizione al Fondo, in una fase successiva all'adesione da parte dell'Ente al Fondo stesso. Il nuovo iscritto, per essere ammesso al Fondo, deve possedere le medesime caratteristiche della collettività dichiarata dall'Ente in fase di iscrizione.

PIANO SANITARIO.

Il piano sanitario prescelto per l'Assicurato in conformità al Regolamento del Fondo, nonché agli accordi intercorsi con l'Ente.

PREMIO.

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

REGOLAMENTO.

Il "Regolamento per le adesioni collettive" del Fondo, disciplinate le modalità di adesione collettiva da parte di ciascun Ente.

RISCHIO.

La probabilità che si verifichi il sinistro.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

SOCIETÀ O COMPAGNIA.

La compagnia assicurativa Poste Vita S.p.A.

SOMMA ASSICURATA (RENDITA).

La somma di denaro dovuta dalla Compagnia in caso di avvenuto sinistro.

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E SOMME ASSICURATE.

Il presente contratto di Assicurazione (di seguito, il "Contratto"), ferme le condizioni di non assicurabilità, le esclusioni e le carenze di cui agli Artt. 5, 6 e 7, garantisce, nel caso in cui all'Assicurato sia riconosciuto uno stato di Non Autosufficienza, come descritto dal successivo Art. 13, la corresponsione di una rendita mensile vitalizia posticipata, il cui importo, indicato in polizza, è pari a 1.000 € mensili.

ART. 2 - ASSICURATI.

L'assicurazione in oggetto si intende valida ed efficace a favore degli Iscritti appartenenti ad una medesima categoria omogenea, che sono stati Iscritti dell'Ente aderente al Fondo Sanitario, fino al compimento del settantesimo anno di età.

Il Piano Sanitario prevede la facoltà di estendere la garanzia anche al Nucleo Familiare, facoltà che può essere esercitata esclusivamente nella fase di ingresso nel Fondo dell'Iscritto o entro il termine perentorio di due mesi dalla modifica della composizione del Nucleo Familiare, e deve prevedere l'estensione all'intero Nucleo Familiare, come inteso ai sensi del glossario, e fatta salva la non assicurabilità dei componenti del medesimo con età superiore ai 70 anni. L'Iscritto ed i componenti il Nucleo Familiare devono rispondere ai criteri di accettazione medica esposti all'Art. 5 "Condizioni di Assicurabilità". Nel caso di compimento del settantesimo anno nel corso della copertura assicurativa - l'Assicurato ed in caso di estensione il Nucleo Familiare, verrà mantenuto in copertura fino alla successiva ricorrenza annuale.

ART. 3 - BENEFICIARI.

L'Assicurato è beneficiario delle prestazioni previste all'Art.1 delle Condizioni di Assicurazione.

ART. 4 - DELEGATO.

L'Assicurato può designare un delegato incaricato della riscossione della rendita di Non Autosufficienza in nome e per conto del medesimo Assicurato e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale

designazione anche successivamente al verificarsi dell'evento assicurato in polizza o durante l'erogazione della prestazione di rendita.

La designazione e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate alla Compagnia mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

ART. 5 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ.

Ai fini dell'operatività della garanzia di cui all'Art. 1 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

- avere bisogno dell'aiuto di un terzo, al momento dell'inizio copertura, per almeno uno degli atti ordinari della vita quotidiana di cui all'Art. 13.
- Aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, 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).

Gli Iscritti che siano dipendenti degli Enti aderenti al Fondo Sanitario, appartenenti alle categorie protette (ai sensi delle Leggi 482/68 e 68/99) sono considerati assicurabili. A tale specifico riguardo, si rappresenta che la garanzia assicurativa in oggetto non opera qualora lo stato di Non Autosufficienza di cui all'Art. 13 - "Definizione dello 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 Leggi sopra citate (i.e., categorie protette).

ART. 6 - ESCLUSIONI.

Il rischio di Non Autosufficienza è coperto dalla presente garanzia assicurativa qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi derivanti direttamente e/o indirettamente da:

- dolo del Contraente o dell'Assicurato;
- tentato suicidio e autolesionismo dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- oltre a ciò non sono coperti dalla presente assicurazione, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i sinistri derivanti da atti di guerra avvenuti al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, tumulti popolari, operazioni militari, ribellioni,

rivoluzioni, colpi di Stato, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;

- 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'Assicurato 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'Assicurato 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; la garanzia tuttavia è operante nel caso di viaggi compiuti dall'Assicurato in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato 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'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
- 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 professionale;
- fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei;
- abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva.

ART. 7 - CARENZA.

La garanzia in caso di perdita di autosufficienza prevista dalla presente Assicurazione è operante alle seguenti condizioni:

- nel caso in cui la Non Autosufficienza derivasse da infortunio, non è previsto alcun periodo di carenza: la garanzia sarà operante dalla data di iscrizione degli assicurati al Fondo di Assistenza Sanitaria Postevita;
- nel caso in cui la Non Autosufficienza derivasse da malattia, incluse quelle nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Morbo di Parkinson, Morbo di Alzheimer, etc.): è previsto un periodo di carenza di 3 mesi durante il quale la garanzia non sarà operante e l'eventuale Sinistro non sarà indennizzato. Per avere diritto al pagamento della Rendita, quindi, lo stato di Non

Autosufficienza deve verificarsi per la prima volta in un periodo successivo ai primi 3 mesi decorrenti dalla data di iscrizione degli Assicurati al Fondo di Assistenza Sanitaria Postevita.

Qualora la Non Autosufficienza dell'Assicurato avvenga entro il predetto periodo di carenza, l'Assicurato non ha diritto alle prestazioni.

Ai fini interpretativi della presente disposizione, per "data di iscrizione degli Assicurati al Fondo" deve intendersi la data di assistibilità indicata nel Regolamento del Fondo.

ART. 8 - DURATA E SCADENZA CONTRATTUALE.

Omissis.

La copertura di ogni nuovo Assistito, ha decorrenza dal primo giorno del mese successivo rispetto alla data in cui l'Ente comunica al Fondo i dati anagrafici del nuovo ingresso. Contestualmente, ove l'iscritto abbia richiesto l'estensione della copertura al Nucleo Familiare saranno considerati in copertura anche i membri di tale Nucleo purché siano state comunicate le relative anagrafiche e siano assicurabili ai sensi dell'Art. 2.

Diversamente, in caso di uscita dell'Assistito dal Fondo, la copertura assicurativa terminerà, per l'iscritto e per l'eventuale Nucleo familiare per il quale sia stato richiesto di estendere l'assistenza da parte del Fondo, alle ore 24.00 del 31/12 dell'anno in corso rispetto al termine dell'attività lavorativa o di rapporto dell'iscritto con l'Ente aderente, salvo sia diversamente stabilito tra il Fondo e l'Ente.

L'età assicurativa dell'Assicurato, nel momento in cui il suo nominativo viene incluso in Polizza, non deve essere superiore ad anni 70 per gli Iscritti e per i membri dell'eventuale nucleo familiare.

Superati i predetti limiti di età la copertura assicurativa non è rinnovabile.

Le modalità di iscrizione/cancellazione degli Iscritti, ivi inclusi i nuclei familiari al Fondo sono in ogni caso quelle definite nel Regolamento del Fondo e sulla Guida al Piano Sanitario disponibili sul sito internet del Fondo www.postevitafondosalute.it.

Restano ad ogni modo salvi i periodi di carenza di cui al precedente Art.7 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 9 - ALTRE ASSICURAZIONI.

Gli Assicurati sono esonerati dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da loro stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

ART. 10 - PREMIO.

Omissis.

ART. 11 - PAGAMENTO DEL PREMIO.

Omissis.

ART. 12 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO, SOSPENSIONE GARANZIE, RIATTIVAZIONE CONTRATTO.

Omissis.

ART. 13 - DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.

Viene riconosciuto in stato di "Non Autosufficienza" l'Assicurato che, quale risultato di un peggioramento della funzionalità dell'organismo, dovuto a malattia o infortunio, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da avere bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona per essere aiutato nello svolgimento di almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana, oppure, sia affetto da grave demenza invalidante comprovata da una diagnosi di un neurologo e/o gerontologo (basata su test psicometrici riconosciuti tipo MMSE, etc.) con conseguente assoluta necessità di una costante e permanente assistenza da parte di una terza persona.

Le attività "elementari" della vita quotidiana sono definite come:

- 1) lavarsi o mantenere una corretta igiene personale: capacità di farsi il bagno o la doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di lavarsi dalla testa ai piedi in modo da mantenere, anche in caso di incontinenza, un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente e senza l'aiuto di una terza persona;
- 2) vestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato senza l'assistenza di una terza persona. La capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante;
- 3) nutrirsi: capacità di mangiare o bere autonomamente cibo preparato da terzi. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca ed inghiottirlo senza l'aiuto di una terza persona;
- 4) spostarsi: capacità di alzarsi da una sedia o dal letto e viceversa o di spostarsi da una sedia al letto e viceversa anche con l'aiuto di ausili specifici senza l'aiuto di una terza persona.

ART. 14 - DENUNCIA DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DELL'ASSICURATO.

Entro 90 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di Non Autosufficienza ai sensi dell'Art. 13 "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assicurato, il tutore/curatore o qualsiasi altra persona appartenente al suo Nucleo Familiare, dovrà contattare la Compagnia e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato, ovvero, a seconda dei casi, l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta dalla Compagnia medesima.

In particolare, l'Assicurato stesso, o chi per suo conto, dovrà informare la Compagnia dello stato di Non Autosufficienza mediante l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento a:

Poste Vita S.p.A.
Ufficio Liquidazioni Vita
Viale Europa, 190
00144 Roma

La richiesta dovrà essere accompagnata dai documenti necessari a verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per procedere al pagamento della rendita di cui all'Art. 1 delle Condizioni di Assicurazione. Dovranno intendersi parte integrante di tale richiesta il "Questionario di Non Autosufficienza - Assicurato", compilato in ogni parte dall'Assicurato (o da persona legittimata a farlo per suo conto) e il "Questionario di Non Autosufficienza - Medico", compilato in ogni sua parte dal medico curante dell'Assicurato. I predetti questionari dovranno essere resi disponibili dal Contraente agli Assicurati al momento dell'iscrizione degli stessi nel Fondo e sono comunque disponibili sul sito internet www.postevitafondosalute.it o possono essere richiesti direttamente alla Compagnia tramite il proprio call center.

La predetta richiesta, dovrà ad ogni modo essere sempre corredata dalla documentazione clinica comprovante le patologie e dalla relativa dichiarazione in cui l'Assicurato scioglie dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

La Compagnia, analizzata la suddetta documentazione, valuterà, con le modalità indicate nell'Art.15, se:

- richiedere ulteriori informazioni, attestazioni o referti, se gli elementi che descrivono la Non Autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato.

Qualora la valutazione della sussistenza dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato desse esito negativo, la posizione di quest'ultimo potrà essere nuovamente esaminata da parte della Società, sempre che:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dalla data di comunicazione del predetto esito negativo;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Detta richiesta deve essere inviata al medesimo indirizzo di cui sopra

ART. 15 - FASE D'ISTRUTTORIA E RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia.

Al fine del riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza da parte della Compagnia, così come previsto dall'Art.13 "Definizione dello stato di Non Autosufficienza", quest'ultima si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione.

Tempistiche di gestione:

- 1) entro 2 mesi dal ricevimento della denuncia da parte dell'Assicurato ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, corredata dagli specifici questionari indicati al precedente Art. 14 e della relativa documentazione medica, la Compagnia, ove necessario, richiede ulteriore documentazione medica (ovvero la documentazione mancante);
- 2) entro 2 mesi dal ricevimento della documentazione aggiuntiva, la Compagnia, ove lo ritenga necessario, si impegna a comunicare all'Assicurato la propria disponibilità a far eseguire la visita domiciliare dal proprio fiduciario;
- 3) in ogni caso, entro 2 mesi dal ricevimento dei citati questionari e della documentazione medica esaustiva, ovvero dalla data di effettuazione della visita, nel caso in cui questa sia stata richiesta dalla Compagnia, quest'ultima si impegna a dare riscontro all'Assicurato comunicando:
 - il riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza (anche definita Long Term Care, di seguito "LTC"); o,
 - in alternativa il mancato riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza (LTC).

Nel caso in cui all'Assicurato fosse riconosciuta l'LTC e siano trascorsi almeno 90 giorni dal momento della denuncia, questi avrà diritto alle prestazioni indicate nel presente Contratto, con effetto dal momento della denuncia del sinistro, ovvero dal momento in cui si potrà determinare con certezza che l'Assicurato si trovava in stato di Non Autosufficienza sulla base della documentazione prodotta.

Nel caso in cui l'Assicurato deceda entro 90 giorni a partire dalla data di denuncia, non sarà erogata alcuna prestazione da parte della Compagnia, mentre qualora il decesso avvenga successivamente ai 90 giorni ma prima dell'accertamento dello stato di Non autosufficienza, la Compagnia erogherà comunque la prestazione in rendita fino alla data di decesso dell'Assicurato.

Nei casi in cui all'Assicurato non sia riconosciuta l'LTC, la Società comunicherà l'esito dell'istruttoria specificandone i motivi ed indicando la rivedibilità.

Nei casi in cui all'Assicurato non sia riconosciuta l'LTC, la Società si rende disponibile a riesaminare il caso dopo tre mesi nelle modalità indicate nel presente contratto assicurativo.

In ogni caso, entro 2 mesi dalle richieste di cui ai precedenti punti 1 e 2 del presente articolo, qualora non sia stato fornito alcun riscontro da parte dell'Assicurato, la Compagnia si impegna ad inviare all'Assicurato stesso una comunicazione con la quale ripropone la propria richiesta.

Trascorso un mese da detta comunicazione, qualora anche questa sia rimasta senza riscontro, la Società provvederà a chiudere il sinistro senza seguito; rimanendo in ogni caso la possibilità per l'Assicurato di riaprire il sinistro integrando la richiesta della Società sempre nel rispetto dei termini prescrizionali e/o di decadenza previsti dal Contratto e/o dalla normativa pro tempore vigente. Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato, sempreché il contratto non sia scaduto da oltre quattro mesi, dalla Società quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione; oppure
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

ART. 16 - RECLAMI.

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati a Poste Vita S.p.A., a mezzo di apposita comunicazione scritta, indirizzata alla funzione aziendale incaricata dell'esame degli stessi:

Poste Vita S.p.A.
Gestione Reclami Viale Europa, 190
00144 Roma
n° fax: 06.5492.4426

È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo: **reclami@postevita.it**

La funzione aziendale responsabile della gestione dei reclami è Marketing e Servizi al Cliente - Customer Experience e Assistenza Clienti.

Qualora l'evasione del reclamo richieda la comunicazione di dati personali, Poste Vita S.p.A. - in ossequio alle disposizioni di cui al D. Lgs. 196/03 - invierà risposta esclusivamente all'indirizzo del Contraente indicato in polizza.

Qualora l'esponente intenda farlo direttamente oppure non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da Poste Vita S.p.A., all'IVASS, Servizio Tutela del

Consumatore - Sezione Tutela degli Assicurati, via del Quirinale 21, 00187 Roma.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o attivare direttamente il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm).

In relazione a tutte le controversie che dovessero insorgere, relative o comunque connesse anche indirettamente al presente contratto, permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del procedimento di Mediazione di cui al D. Lgs. 28/2010 (così come da ultimo modificato dal D.L. n. 69/2013, convertito con modificazioni in Legge n.98/2013) nei casi previsti dalla legge o se voluta dalle parti.

Peraltro, in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS oppure ricorrere alla procedura di mediazione sopra menzionata.

Ulteriori informazioni riguardanti il prodotto acquistato possono essere richieste direttamente:

- al numero verde **800.316.181**
- alla casella di posta elettronica **infoclienti@postevita.it**.

ART. 17 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.

L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo di lettera raccomandata a/r, il recupero dello stato di autosufficienza.

La Compagnia si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Assicurato non autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di Non Autosufficienza. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della relativa somma assicurata (i.e., Rendita) può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento da parte della Compagnia. Qualora durante l'erogazione della Rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza da parte dell'Assicurato/Beneficiario, il pagamento della rendita assicurata verrà interrotto.

ART. 18 - COLLEGIO MEDICO ARBITRALE.

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sullo stato e grado di Non Autosufficienza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma delle Condizioni di Assicurazione, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio dei Medici ha sede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo, per metà, delle spese e competenze del terzo medico. Tuttavia, qualora l'accertamento definitivo sancisca l'indennizzabilità dell'Assicurato ai fini del presente Contratto, la Compagnia assumerà in proprio anche le spese sostenute dall'altra Parte.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dello stato di Non Autosufficienza ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, fatti salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del collegio arbitrale sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

ART. 19 - EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.

Il riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza da parte della Compagnia secondo le condizioni dell'Art.13 "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di Non Autosufficienza, a richiedere la corresponsione di una rendita mensile posticipata, pagata tramite bonifico bancario entro i limiti previsti all'Art. 1 "Oggetto dell'Assicurazione e Somme assicurate" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 20 - ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA.

Dal momento di erogazione della Rendita, sarà richiesto all'Assicurato, con cadenza annuale, il certificato di esistenza in vita dell'Assicurato medesimo da consegnare alla Compagnia entro la fine di ciascun anno solare.

Qualora la Compagnia non sia stata informata per tempo del decesso dell'Assicurato ed abbia quindi proceduto all'erogazione della/e relativa/e rata/e di Rendita, la Società potrà richiedere la restituzione di quanto erroneamente corrisposto maggiorato degli interessi legali.

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato medesimo e in particolare di farlo esaminare da un medico scelto dalla Compagnia. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga utile e/o necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato medesimo.

Se dai suddetti accertamenti dovesse rilevarsi che non sussistono più i presupposti per l'erogazione della prestazione per la perdita di autosufficienza, con effetto dalla data dell'accertamento del perdurare dello Stato di Non Autosufficienza, la Società previo invio di specifica comunicazione all'Assicurato, potrà cessare l'erogazione della prestazione. Rimane comunque fermo il diritto dell'Assicurato di riproporre successivamente domanda per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza dovuto a cause sopravvenute successivamente alla data di cessazione dell'erogazione.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo e/o d'inviare i documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni potrà essere sospesa dalla data della richiesta di tale controllo e/o documentazione da parte della Società.

Durante il periodo di erogazione delle prestazioni, se l'Assicurato esce dallo stato di Non Autosufficienza sarà tenuto a darne comunicazione alla Società entro un periodo di 60 giorni dalla data in cui non si trova più nello stato di non autosufficienza. Inoltre, in caso di decesso dell'Assicurato, gli eredi di quest'ultimo dovranno informare la Società dell'intervenuto decesso dell'Assicurato entro i 30 giorni successivi alla data del decesso stesso. Le eventuali prestazioni riconosciute all'Assicurato ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Società maggiorate dei relativi interessi legali.

ART. 21 - TRATTAMENTO DATI PERSONALI E NORME DI SICUREZZA D. LGS. 81/2008.

La Compagnia e il Contraente opereranno, rispettivamente in qualità di Responsabile del trattamento e di Titolare del trattamento nel pieno rispetto delle disposizioni di cui al D. lgs. 196 del 30 giugno 2003 (di seguito il "Decreto").

I dati personali, compresi quelli e sensibili, degli assicurati saranno trattati per le sole finalità di esecuzione del presente contratto e per il tempo strettamente necessario alla durata dello stesso.

Le persone incaricate del trattamento saranno individuate dal Titolare ed opereranno sotto la sua diretta autorità attenendosi alle istruzioni dallo stesso impartite.

Le Parti si impegnano reciprocamente ad adottare le misure organizzative, fisiche e logiche, di cui agli Artt. 31-36 del suddetto Decreto e dell'allegato Disciplinare Tecnico, al fine di assicurare la riservatezza e la sicurezza dei dati.

Norme di sicurezza D.lgs. 81/2008.

Durante l'esecuzione delle attività di cui al presente contratto assicurativo, le Parti contraenti si impegnano alla piena osservanza del disposto del D. lgs. 81/2008, per cui dovranno adottare idonee misure preventive atte a salvaguardare la sicurezza e la salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.

ART. 22 - INTERPRETAZIONE E MODIFICHE DEL CONTRATTO ASSICURATIVO.

In caso di eventuali dubbi di interpretazione sui contenuti delle clausole contrattuali, verrà sempre data l'interpretazione più estensiva e favorevole all'Assicurato/Contraente.

Qualsiasi modificazione, aggiunta e/o deroga al presente contratto assicurativo (e ai suoi allegati, se esistenti) dovrà essere concordata per iscritto dalle parti.

ART. 23 - BUONA FEDE.

L'omissione di dichiarazioni e/o comunicazioni da parte del Contraente di anche solo una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore ed/od omissione comunicativa non intenzionale e/o involontario della stessa e delle persone di cui deve rispondere a norma di Legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno l'operatività di questa Assicurazione.

ART. 24 - TASSE E IMPOSTE.

Eventuali tasse e imposte relative al contratto di assicurazione sono a carico del Contraente, dell'Assicurato o dei beneficiari ed aventi diritto, a seconda dei casi.

ART. 25 - FORO COMPETENTE.

Per le controversie relative al presente contratto assicurativo è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza o di domicilio degli aventi diritto.

ART. 26 - RIFERIMENTO A NORME DI LEGGE.

Per tutto quanto non è espressamente regolato dal presente Contratto, valgono le norme della legge italiana.

LA SOCIETÀ

Poste Vita S.p.A.

Roberto Manzato

Rappresentante Legale
in virtù di procura speciale

IL CONTRAENTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Sergio Corbello

Legale Rappresentante



Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

GUIDA AL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

ai Fondi di Categoria:
Quas - Fasi / Fasdac - Fondo Est.

FONDO DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA POSTEVITA.

Edizione Ottobre 2017

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Sede legale:

Viale Europa, 190 • 00144, Roma

Tel. (+39) 06 549241

Fax (+39) 06 54924203

Posteitaliane

Postevita
GruppoAssicurativoPostevita