



Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

GUIDA AL PIANO SANITARIO 4 - LTC.

FONDO DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA POSTEVITA.

Edizione Gennaio 2017

Posteitaliane

Postevita
GruppoAssicurativoPostevita



SOMMARIO.

• Guida per gli Assistiti.....	2
Assistiti	3
Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie del Piano Sanitario 4	5
Reclami	6
• Piano Sanitario 4 - Nomenclatore	7
• Allegati	9
Allegato 1 Condizioni di inassistibilità garanzia rendita vitalizia per non autosufficienza (LTC)	9
Allegato 2 Esclusioni assistibilità garanzia LTC	9
Allegato 3 Estratto condizioni generali di assicurazione relative al Piano Sanitario 4	10



GUIDA AL PIANO SANITARIO 4 LTC.

La presente Guida è stata predisposta in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire il Regolamento del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita (di seguito, il “Fondo”) né i contratti assicurativi intercorrenti tra il Fondo medesimo e la compagnia di assicurazioni Poste Vita S.p.A.

La Guida ne evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali e il contratto resta, pertanto, l’unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento, ivi compreso l’estratto delle Condizioni Generali di Assicurazione di cui all’allegato 3.

Il Fondo è una forma di assistenza sanitaria complementare a gestione convenzionata, che affida la copertura della prestazione "rendita in caso di non autosufficienza - LTC", prevista dal “Piano sanitario 4 - LTC” (di seguito, il “**Piano Sanitario 4**”) alla compagnia assicurativa Poste Vita S.p.A.

La prestazione offerta dal Piano Sanitario 4, pertanto, deve intendersi garantita dal Fondo per il tramite dell’indicata compagnia di assicurazioni.

GUIDA PER GLI ASSISTITI.

La guida illustra le prestazioni offerte dal Fondo attraverso il Piano sanitario 4 e le procedure che gli Assistiti debbono seguire per accedervi. Per le definizioni utilizzate nel documento, ove non diversamente specificato, si rinvia a quanto indicato nel Glossario contenuto nelle Condizioni Generali di Assicurazione.

Per ottenere maggiori informazioni sulle garanzie del Piano Sanitario, l’Assistito può contattare telefonicamente il Contact Center del Fondo, al numero verde 800.186.035, attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 17.00. Sul sito internet del Fondo, www.postevitafondosalute.it, gli Assistiti possono trovare gli aggiornamenti e le novità relative al Piano Sanitario.

ADERENTI AL FONDO.

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**"), fruitori delle prestazioni erogate dal Fondo, secondo le previsioni dello Statuto e del Regolamento del Fondo stesso.

ASSISTITI.

Il Piano Sanitario 4 è rivolto esclusivamente ai Dipendenti che abbiano quindi un rapporto lavorativo o associativo diretto con il Datore che ha perfezionato l'iscrizione al Fondo.

I Dipendenti possono, ove previsto dalla fonte collettiva del Datore, estendere l'iscrizione anche ai componenti del proprio nucleo familiare. Per "**nucleo familiare**", come previsto dall'art. 4 del Regolamento del Fondo, cui si fa esplicito rinvio, si intende:

- il coniuge;
- il convivente more uxorio (coppie di fatto) da almeno un anno prima dell'inizio della copertura sanitaria;
- 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.

Questi soggetti, assieme ai Dipendenti, di seguito sono definiti "**Assistiti**".

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:

- si intende rivolta a tutti i componenti del nucleo, come in precedenza definito;
- deve avvenire contestualmente all'adesione del Dipendente al Fondo o entro 2 mesi dalla modifica del Nucleo (es. matrimonio, nascita figlio, etc.);
- 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 dal primo giorno del mese 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.

LIMITE DI ETÀ.

La copertura vale per i Dipendenti di età massima non superiore a 70 anni e per gli appartenenti al nucleo familiare di età massima non superiore a 65 anni. Quanti raggiungano l'età massima in vigenza di copertura rimangono assistiti fino al 31 dicembre dell'annualità in corso.

CONDIZIONI DI INASSISTIBILITÀ (PERSONE NON COPERTE).

Ai fini dell'operatività della garanzia, al momento dell'adesione alla copertura, i Dipendenti o i membri del nucleo familiare cui è eventualmente estesa la copertura non debbono rientrare in una delle condizioni di inassistibilità previste dall'Allegato 1. L'eventuale incasso del contributo, ove siano verificate le condizioni sopra previste, non costituisce deroga alla regola. In tal caso il contributo è restituito e la garanzia non opera.

PERIODI DI CARENZA.

Per la garanzia contro il rischio di non autosufficienza offerta dal Piano Sanitario 4, 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. 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 4.

Le modalità di adesione da parte del Datore al Piano Sanitario 4 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 dal 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.

È facoltà del Datore di recedere dall'adesione al Piano Sanitario 4 con effetto dal 1° gennaio di ciascun anno. Il recesso va comunicato con lettera raccomandata A/R da far pervenire al Fondo entro il termine perentorio del 31 ottobre dell'anno precedente.

DECORRENZA DELLA COPERTURA PER GLI ASSISTITI.

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

Per i nuovi Dipendenti, la copertura, tanto per loro quanto per il nucleo familiare, ove ne abbiano fatto richiesta, ha effetto dal primo giorno del mese successivo a quello in cui il Datore comunica al Fondo i dati anagrafici del nuovo iscritto con l'informazione della richiesta di assistenza anche per il relativo nucleo familiare.

Per tutti gli Assistiti la copertura termina, salvo recesso esercitato dal Datore, l'ultimo giorno del mese di cessazione del rapporto tra Dipendente e Datore.

Il Datore si impegna a comunicare tempestivamente al Fondo, tramite il sito internet del Fondo stesso e con le modalità ivi previste, i dati anagrafici di nuovi Dipendenti relativi alle categorie iscritte, nei riguardi dei quali va attivata l'assistenza e dei soggetti nei cui confronti si interrompe la copertura.

VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO.

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 Dipendenti per il quale è richiesta l'estensione al nucleo familiare;
- periodo di copertura;
- importo di rendita vitalizia mensile scelto dal Datore.

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; della rendita scelta; del periodo di copertura intercorrente fra la data di prevista adesione e il 31 dicembre dell'anno in corso. Per le adesioni con decorrenza a partire dal mese di novembre, il contributo provvisorio è dovuto per il periodo intercorrente dalla data di prevista adesione e il 31 dicembre dell'anno successivo. Il primo contributo va immediatamente versato, per perfezionare il processo di adesione;
- a regime, per ogni nuovo anno solare di adesione, sulla base degli Assistiti al 31 dicembre dell'anno precedente. Questo contributo va versato entro 10 giorni dalla relativa comunicazione del Fondo al Datore.

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, ovvero di cessazione per taluni Assistiti in corso d'anno, è determinato il maggiore o minore contributo dovuto, rispetto al contributo provvisorio. Il calcolo è effettuato in base alle comunicazioni di iscrizione/cancellazione 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.

MODALITÀ PER USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE DEL PIANO SANITARIO 4.

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.
VIALE BEETHOVEN, 11 - 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 alla prestazione di cui trattasi, occorre inviare un'apposita comunicazione scritta a: Poste Vita S.p.A. - Customer Experience e Assistenza Clienti, Viale Beethoven 11, 00144 - Roma, n° fax 06.5492.4426. È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo **reclami@postevita.it**

Qualora l'Assistito non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, 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 devono 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 Compagnia 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/financeservicesretail/finnet/index_en.htm).

Circa le controversie inerenti al rapporto in questione, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi di legge.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa dall'italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto vanno rivolti all'Autorità di vigilanza del paese la cui legislazione è stata scelta.

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

4

PIANO SANITARIO 4 NOMENCLATORE.

I seguente paragrafo è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo per gli Assistiti; in nessun caso tuttavia, sostituisce 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.

Quotidianamente ogni persona, indipendentemente dall'età, è esposta a eventi, per lo più imprevedibili, che potrebbero compromettere il sano e regolare svolgimento della vita. Un incidente, un infortunio, una malattia - anche di tipo mentale degenerativo, come l'Alzheimer o il morbo di Parkinson - possono rendere una persona "non autosufficiente" e, quindi, bisognosa delle cure di terzi per il resto della sua esistenza.

È riconosciuto in condizione 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 necessitare dell'assistenza da parte di altri che lo aiutino 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, etc.), con conseguente assoluta necessità di una costante e permanente assistenza da parte di terzi.

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

- lavarsi o mantenere una corretta igiene personale: capacità di fare 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 terzi;
- 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 terzi. 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 sia in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo senza l'aiuto di terzi;
- 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 terzi.

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 il certificato di permanenza in vita alla compagnia Poste Vita S.p.A. e al Fondo.

Dal momento in cui l'assistito non è più in grado di svolgere autonomamente una **parte delle attività elementari della vita quotidiana**, la Compagnia si impegna a corrispondere una **rendita, il cui importo mensile è prefissato dal Datore in fase di iscrizione al Fondo**.

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 di LTC si rinvia agli elenchi disponibili in allegato (Allegati 1 e 2).

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

1. il Modulo denuncia dello stato di non autosufficienza, debitamente compilato;
2. il questionario di non autosufficienza, da lui debitamente compilato;
3. il questionario di non autosufficienza, debitamente compilato a cura del medico curante;
4. la documentazione clinica comprovante lo stato di non autosufficienza.

La prestazione di rendita è corrisposta se, trascorsi 60 giorni a partire dalla data di denuncia, perdura lo stato di non autosufficienza.



ALLEGATI.

ALLEGATO 1. CONDIZIONI DI INASSISTIBILITÀ GARANZIA DI LTC.

Ai fini dell'operatività della garanzia in epigrafe, le persone assistite non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di inassistibilità:

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

In deroga alle disposizioni del precedente paragrafo, gli Assistiti al Fondo appartenenti alle categorie protette (ai sensi delle leggi nn. 482/1968 e 68/1999) sono considerati assistibili.

A questo specifico riguardo, si evidenzia che la garanzia non opera qualora lo stato di non autosufficienza sia conseguenza diretta, ovvero un aggravamento, del precedente stato di invalidità che ha costituito il titolo dell'assunzione da parte del Datore, ai sensi delle predette normative (leggi nn. 482/1968 e 68/1999).

ALLEGATO 2. ESCLUSIONI ASSISTIBILITÀ GARANZIA LTC.

Senza pregiudizio per quanto disposto nell'Allegato 1, il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi derivanti direttamente e/o indirettamente da:

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

ALLEGATO 3. ESTRATTO CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE RELATIVE AL PIANO SANITARIO 4.

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

Roma, 2 novembre 2016

POSTE VITA S.p.A.

CONTRAENTE

**FONDO DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA POSTEVITA**

ESTRATTO CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
RELATIVE AL PIANO SANITARIO 4 (LTC)
DEL FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA POSTEVITA (“Piano sanitario 4”)

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 coniuge e/o il figlio congiuntamente considerati.

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 prescelto dall'Ente aderente per la categoria di Assistiti a cui appartiene l'Assicurato fra: un minimo di € 500 (cinquecento/00) mensili, incrementabile, per tagli di € 100, fino ad un massimo di € 2.000 (duemila/00) 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 4 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 65 anni. L'Iscritto ed i componenti il nucleo familiare devono rispondere ai criteri di accettazione medica esposti all'articolo 5 "Condizioni di Assicurabilità". Nel caso di compimento del settantesimo anno nel corso della copertura assicurativa (sessantacinquesimo anno per i componenti del nucleo familiare) - l'Assicurato 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:

1. 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.
2. 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%.
3. 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;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, tumulti popolari, operazioni militari, ribellioni, rivoluzioni, colpi di Stato;
- malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'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;

- 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 professionistico.

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.

La decorrenza dell'Assicurazione coincide con la data di assistibilità dell'aderente indicata nel Regolamento del Fondo e nel Piano Sanitario 4 – LTC, o ad una diversa data, se stabilito tra il Fondo e l'Ente ed avrà scadenza:

- per le date di assistibilità dell'Aderente ricadenti nei mesi tra gennaio e ottobre inclusi al 31 dicembre del medesimo anno e;
- per le date di assistibilità dell'Aderente ricadenti nei mesi tra novembre e dicembre inclusi al 31 dicembre dell'anno successivo.

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, l'ultimo giorno del mese di 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:

- per gli Iscritti, ad anni 70;
- per i membri dell'eventuale nucleo familiare, ad anni 65.

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 4 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:

- 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;
- 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;

- 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;
- 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 Gestione Liquidazioni Vita
Viale Beethoven, 11
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 sua 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'articolo 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'articolo 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.

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.
Customer Experience & Assistenza Clienti
Viale Beethoven, 11
00144 Roma
Numero fax: 06.5492.4426

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

Nell'ambito del trattamento dei dati personali, connesso all'espletamento del servizio oggetto del contratto assicurativo, il Contraente e la Compagnia opereranno, ciascuna per le attività di rispettiva, specifica competenza, in qualità di Titolari autonomi nel pieno rispetto delle disposizioni di cui al D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 (di seguito Decreto). I dati personali saranno trattati per le sole finalità di svolgimento del servizio e per il tempo strettamente necessario all'espletamento 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 articoli 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.

Il Legale Rappresentante
Maria Bianca Farina

IL CONTRAENTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Il Legale Rappresentante
Sergio Corbello



Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

GUIDA AL PIANO SANITARIO 4 - LTC.

FONDO DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA POSTEVITA.

Edizione Gennaio 2017

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Sede legale:

Viale Beethoven, 11 • 00144, Roma

Tel. (+39) 06 549241

Fax (+39) 06 54924203

Posteitaliane

Postevita
GruppoAssicurativoPostevita