



Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

REGOLAMENTO ADESIONI COLLETTIVE.

FONDO DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA POSTEVITA.

Posteitaliane

Postevita
GruppoAssicurativoPostevita

REGOLAMENTO ADESIONI COLLETTIVE.

Fondo di Assistenza
Sanitaria Integrativa Postevita.



SOMMARIO

Art. 1. Disposizioni generali	3
Art. 2. Modalità di adesione	3
Art. 3. Assistiti	4
Art. 4. Nucleo familiare	5
Art. 5. Durata dell'adesione al Fondo - Recesso - Eventuale Riadesione	5
Art. 6. Esclusione dalle prestazioni del Fondo	6
Art. 7. Periodi di carenza.....	6
Art. 8. Sospensione delle prestazioni e della contribuzione	7
Art. 9. Contribuzione.....	7
Art. 10. Quota di partecipazione.....	7
Art. 11. Ritardato versamento dei contributi - esclusione del datore dal Fondo	8
Art. 12. Erogazione delle prestazioni e modifica o cancellazione di Piani Sanitari.....	8
Art. 13. Contact Center e portale del Fondo	10
Art. 14. Gestione dei rischi connessi all'erogazione delle prestazioni	10
Art. 15. Foro competente	11
Art. 16. Informativa e richiesta di consenso ai sensi della normativa per la tutela della privacy	11

ART. 1 DISPOSIZIONI GENERALI.

1.1.

Il presente Regolamento reca le disposizioni di funzionamento del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita (nel prosieguo, per brevità, "Fondo"), avuto riguardo alle adesioni collettive.

ART. 2 MODALITÀ DI ADESIONE.

2.1.

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") - ed eventualmente i loro familiari - fruitori delle prestazioni erogate dal Fondo stesso, secondo i Piani Sanitari, che esso annualmente approva. L'adesione è attuata dal datore, il quale, previa sottoscrizione di apposito accordo collettivo aziendale, ovvero attraverso l'adozione di specifico regolamento (d'ora in poi, per brevità, unitariamente, la "fonte collettiva"), attribuisce ai dipendenti e, eventualmente, ai loro familiari, le diverse tipologie di prestazioni di carattere sanitario integrativo offerte dal Fondo.

2.2.

L'adesione del datore può avvenire esclusivamente a beneficio di una collettività di dipendenti individuata in una o più categorie omogenee e, comunque, senza alcuna preventiva selezione del rischio. Per collettività si intende un numero di soggetti non inferiore a due.

2.3.

L'adesione al Fondo interviene a tempo indeterminato e non è suscettibile di essere disposta per un periodo temporaneo, fatto salvo il diritto al recesso.

2.4.

Il Fondo si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di respingere la richiesta di adesione.

2.5.

Ricorrendo la fattispecie di cui al comma che precede, il Fondo restituisce la contribuzione e ogni altro importo eventualmente incassato, senza riconoscere interesse alcuno.

2.6.

Il datore comunica, tramite il sito internet del Fondo e con le modalità ivi previste, i dati anagrafici di ciascun lavoratore assistito e quelli dei componenti del nucleo familiare, a cui sia eventualmente estesa la copertura, ai sensi dell'art. 4.

2.7.

L'adesione al Fondo decorre dal primo giorno del mese successivo a quello in cui il Fondo stesso ne comunica al datore l'accettazione. Detta comunicazione interviene immediatamente dopo che siano pervenuti al Fondo i dati anagrafici degli assistiti, ai sensi del comma che precede, salvo quanto diversamente disposto dalla fonte collettiva, previo accordo preventivo tra datore e Fondo.

2.8.

L'assistenza dei dipendenti e, se del caso, dei loro nuclei familiari, decorre, in via ordinaria, dalla data di adesione, come contemplata dal comma che precede, ovvero, su espressa indicazione del datore, dal giorno fissato dalla fonte collettiva dell'adesione.

2.9.

Per i dipendenti che divenga tali successivamente all'inizio dell'assistenza della collettività, la copertura decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di comunicazione al Fondo dei dati anagrafici di ciascun interessato.

2.10.

Il datore è tenuto a comunicare tempestivamente al Fondo ogni variazione dei dati relativi agli assistiti e, se del caso, ai rispettivi nuclei familiari.

2.11.

Il datore è tenuto al versamento al Fondo dei contributi e di ogni altra somma dovuta per ogni assistito e relativo nucleo familiare, se beneficiario di prestazioni, sino a che non comunichi il venir meno del rapporto con il dipendente, nelle modalità e nei termini previsti dai singoli Piani prescelti.

ART. 3 ASSISTITI.

3.1.

Il Fondo assiste i dipendenti del datore e, se richiesto, i rispettivi nuclei familiari (di seguito per brevità anche gli "Assistiti"), secondo le previsioni della fonte collettiva dell'adesione.

3.2.

La cessazione del rapporto con il dipendente, per qualsiasi causa, determina, dal primo giorno del mese successivo a quello in cui si verifica, il termine dell'obbligo contributivo al Fondo e del correlativo diritto alle prestazioni salvo diversamente specificato nel Piano Sanitario, ove permesso dalla normativa pro tempore applicabile.

3.3.

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.

ART. 4 NUCLEO FAMILIARE.

4.1.

Se previsto dallo specifico Piano Sanitario, è facoltà della fonte collettiva dell'adesione disporre l'estensione delle prestazioni del Fondo ai componenti il nucleo familiare del dipendente, con versamento della relativa contribuzione. Per nucleo familiare si intende, in via ordinaria - e salvo quanto diversamente disposto dalla fonte collettiva, previo accordo preventivo tra il datore ed il Fondo:

- il coniuge o l'unito civilmente;
- il convivente more uxorio (coppia 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/uniti civilmente e sino al compimento del 26° anno di età, ove non totalmente inabili.

4.2.

La condizione di soggetto facente parte del nucleo familiare del dipendente secondo le previsioni del comma che precede è verificata dal datore, che la certifica al Fondo con il versamento dell'inerente contribuzione.

4.3.

L'assistenza del dipendente e, eventualmente, del suo nucleo familiare ha la durata prevista dalla fonte collettiva dell'adesione. Il dipendente non può vantare nei confronti del Fondo alcun diritto all'assistenza né per se stesso, né per il nucleo familiare, qualora il datore receda dall'adesione al Fondo stesso o ne sia escluso ai sensi dell'art. 11, comma 4, ovvero essa non sia più prevista dall'inerente fonte collettiva.

ART. 5 DURATA DELL'ADESIONE AL FONDO - RECESSO EVENTUALE RIADESIONE.

5.1.

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.

5.2.

Il recesso è ostativo all'accoglimento di una successiva richiesta di nuova adesione al Fondo, salvo casi di assoluta eccezionalità, da valutare ad opera del Consiglio di Amministrazione del Fondo stesso.

ART. 6 ESCLUSIONE DALLE PRESTAZIONI DEL FONDO.

6.1.

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo, fatto salvo il diritto all'esercizio delle eventuali azioni davanti alle competenti autorità giurisdizionali, dispone l'esclusione dalle prestazioni per il dipendente beneficiario e/o per i suoi familiari in caso di comportamenti contrari alla correttezza e alla buona fede del dipendente beneficiario stesso e/o dei suoi familiari nei rapporti con il Fondo medesimo, informandone contestualmente il datore.

6.2.

L'esclusione di cui al comma che precede è notificata all'assistito dipendente e al datore mediante lettera raccomandata A.R.

6.3.

L'esclusione dalle prestazioni può essere impugnata dall'interessato, entro 30 giorni successivi al ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma, con istanza trasmessa al Fondo con lettera raccomandata A/R. Sull'istanza il Fondo si pronuncia entro 45 giorni dal ricevimento.

ART. 7 PERIODI DI CARENZA.

7.1.

Tutte le prestazioni previste nei singoli Piani Sanitari, ad eccezione di quanto disciplinato nei successivi commi, sono riconosciute dal Fondo agli Assistiti solo se riferite a sinistri verificatisi a partire dal primo giorno del quarto mese successivo alla data di decorrenza della copertura e in presenza di regolarità contributiva.

7.2.

La prestazione prevista in caso di perdita di autosufficienza (*Long Term Care - LTC*), secondo le definizioni specifiche dei Piani Sanitari, è riconosciuta dal Fondo agli Assistiti solo se l'insorgere dello stato di non autosufficienza si manifesta, per la prima volta, dopo tre mesi dalla data di decorrenza della copertura e in presenza di regolarità contributiva. Il periodo di carenza non opera in caso di perdita di autosufficienza a seguito di infortunio.

7.3.

I periodi di carenza indicati nei precedenti commi - come specificato nei Piani Sanitari - possono essere esclusi (e/o la loro durata derogata), dalla fonte collettiva, previo accordo scritto tra datore e Fondo.

ART. 8 SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI E DELLA CONTRIBUZIONE.

8.1.

I singoli Piani Sanitari possono prevedere casi di sospensione delle prestazioni e della contribuzione.

ART. 9 CONTRIBUZIONE.

9.1.

Il datore deve versare al Fondo i contributi dovuti, secondo le previsioni dei Piani Sanitari scelti.

9.2.

Il versamento di cui al comma che precede comprende il contributo relativo ai dipendenti assistiti e, eventualmente, al nucleo familiare, nonché il contributo della quota di partecipazione, di cui all'art. 10.

9.3.

Il versamento va effettuato tramite SDD o bonifico entro il periodo previsto da ciascun Piano Sanitario.

9.4.

Il Fondo, in caso di inesattezza, incompletezza o omissione del versamento, interessa tempestivamente il datore ai fini della relativa regolarizzazione. Trascorsi 10 giorni dalla data in cui va effettuato il versamento, ove ne perduri l'inesattezza, l'incompletezza o l'omissione, il Fondo stesso sospende l'erogazione di tutte le prestazioni. La data entro cui effettuare il versamento dei contributi al Fondo è indicata nei singoli Piani Sanitari prescelti.

9.5.

Le modalità di contribuzione descritte e disciplinate nello specifico Piano Sanitario e nei commi dal 9.1 al 9.4 possono essere oggetto di diverso accordo scritto fra datore e Fondo.

ART. 10 QUOTA DI PARTECIPAZIONE.

10.1.

Laddove previsto dal Piano Sanitario scelto, il datore, oltre al pagamento dei relativi contributi, deve corrispondere una quota di partecipazione (annuale e/o una tantum, a seconda dei casi) per ciascun dipendente, fissata dal Consiglio di Amministrazione del Fondo, unitamente alle modalità di corresponsione.

ART. 11 RITARDATO VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI - ESCLUSIONE DEL DATORE DAL FONDO.

11.1.

L'erogazione delle prestazioni è condizionata alla regolarità e continuità dei versamenti contributivi.

11.2.

In caso di ritardo nel versamento dei contributi, l'erogazione delle prestazioni è sospesa fino ad avvenuta regolarizzazione contributiva, nei termini di cui all'art. 9, comma 4.

11.3.

L'erogazione delle prestazioni è ripristinata successivamente alla regolarizzazione della posizione.

11.4.

Il ritardato o mancato pagamento dei contributi dovuti oltre il termine previsto dallo specifico Piano, comporta la valutazione da parte del Consiglio di Amministrazione del Fondo dell'esclusione del datore e, conseguentemente, anche la cessazione dell'assistenza di tutti i suoi dipendenti e loro familiari, fermo restando l'obbligo di versamento dei contributi pregressi dovuti. Il Fondo si riserva la facoltà di informare i dipendenti assistiti dell'esclusione dal Fondo del datore.

11.5.

Il datore che, successivamente all'esclusione, intenda essere riammesso al Fondo deve formulare una specifica domanda, che il Consiglio di Amministrazione valuta, fissando termini e modalità dell'eventuale riammissione.

ART. 12 EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MODIFICA O CANCELLAZIONE DI PIANI SANITARI.

12.1.

Il Fondo eroga prestazioni di assistenza sanitaria integrativa del Servizio sanitario nazionale e/o dei Servizi sanitari regionali, nonché eventuali provvidenze, alle prime connesse, variamente articolate e specificate nei relativi Piani Sanitari. A titolo esemplificativo, pertanto, il Fondo può erogare forme integrative di assistenza per i casi di malattia e altre provvidenze quali la copertura per non autosufficienza (*long term care*), capitali in caso di decesso, malattia particolarmente grave (*dread disease*), invalidità, infortunio.

12.2.

Le prestazioni/provvidenze di cui al comma che precede sono riconosciute agli Assistiti sulla base di idonea documentazione rilasciata da medici e/o strutture sanitarie abilitati all'esercizio della professione e operanti in qualsiasi parte del mondo.

12.3.

Il Fondo riconosce esclusivamente le prestazioni tassativamente elencate nei Piani Sanitari.

12.4.

L'erogazione delle prestazioni interviene con le modalità e i limiti previsti dai Piani Sanitari.

12.5.

Il diritto alle prestazioni in forma di rimborso è subordinato alla condizione che, nel momento in cui la spesa sanitaria da corrispondere sia effettuata, l'interessato risulti assistito dal Fondo, fermo restando il disposto dell'art. 7. La documentazione relativa alle richieste di rimborso (fatture, ricevute) nonché la documentazione sanitaria (cartella clinica, referti, ecc.), vanno inviate al Fondo secondo le modalità indicate nelle disposizioni operative riportate sul sito internet del Fondo stesso.

12.6.

Il diritto all'erogazione della prestazione di *long term care* è subordinato alla condizione che, nel momento in cui si verifichi la non autosufficienza, l'interessato risulti assistito dal Fondo, fermo restando il disposto dell'art. 7. La documentazione relativa va inviata al Fondo secondo le modalità indicate nelle disposizioni operative riportate sul sito internet del Fondo stesso.

12.7.

Le richieste di prestazioni vanno trasmesse, direttamente dal dipendente assistito, secondo le modalità e le tempistiche previste dalle disposizioni operative dei Piani Sanitari.

12.8.

Le richieste di prestazioni inviate oltre il termine massimo previsto non sono procedibili.

12.9.

La richiesta di prestazioni a favore dei componenti del nucleo familiare va effettuata dal dipendente assistito, a cui è attribuito il rimborso del caso.

12.10.

Fondo ha facoltà, sia preventivamente sia successivamente all'erogazione delle prestazioni, di eseguire controlli amministrativi nei confronti del datore, nonché controlli amministrativi e sanitari nei confronti degli assistiti, verso questi ultimi anche mediante visite da parte di medici incaricati. Il rifiuto dei controlli determina la decadenza dal diritto all'erogazione delle prestazioni, ovvero l'avvio da parte del Fondo di tutte le iniziative per il rimborso di quanto eventualmente erogato.

12.11.

Le richieste non attinenti alla liquidazione di prestazioni devono essere inoltrate al Fondo mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, a pena di decadenza, entro e non oltre trenta giorni dalla data in cui è avvenuto il fatto oggetto di richiesta.

12.12.

Il Fondo ha facoltà di modificare o cancellare uno o più Piani Sanitari, purché con preavviso scritto da inviarsi al datore entro il 30 settembre dell'ultimo anno di applicazione del Piano Sanitario medesimo, che resta comunque operativo fino al 31 dicembre successivo all'invio del preavviso.

ART. 13 CONTACT CENTER E PORTALE DEL FONDO.

13.1.

Il Fondo rende disponibile un servizio di informazioni e di gestione interattiva delle posizioni anagrafico-contributive, nonché la tracciatura dello stato pratica di rimborso, mediante il proprio sito internet: www.postevitafondosalute.it

13.2.

Il Fondo rende disponibile un servizio di Contact Center con supporto operatore e con supporto automatizzato negli orari senza presidio umano.

ART. 14 GESTIONE DEI RISCHI CONNESSI ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.

14.1.

Il Fondo eroga le prestazioni indicate nei relativi Piani Sanitari facendo ricorso al sistema assicurativo, se del caso anche in regime di coassicurazione, mediante la stipula di convenzioni con compagnie autorizzate all'esercizio dell'attività assicurativa (di seguito, per brevità, le "Compagnie").

14.2.

Le Compagnie possono essere delegate anche allo svolgimento di determinate attività, ivi comprese - a titolo esemplificativo e non esaustivo - quelle indicate negli artt. 12, comma 10, e 13, secondo le determinazioni assunte dal Fondo.

14.3.

Eventuali reclami inerenti alle liquidazioni delle prestazioni (ivi incluse successive richieste di verifica e/o di revisione) vanno inoltrati alle relative Compagnie, secondo le modalità previste da queste ultime e pubblicate anche sul sito internet del Fondo.

14.4.

Ogni diritto relativo alla valutazione delle prestazioni e alla loro liquidazione a favore degli Assistiti deriva esclusivamente dai contratti assicurativi stipulati dal Fondo con le Compagnie, in adempimento alle proprie finalità. Le Compagnie restano pertanto integralmente responsabili dell'erogazione delle prestazioni previste nei Piani Sanitari, rimanendo esclusa, per qualsiasi titolo, ogni responsabilità del Fondo medesimo.

ART. 15 FORO COMPETENTE.

15.1.

Qualsiasi controversia, relativa alla validità, interpretazione ed esecuzione del presente Regolamento è devoluta in via esclusiva al Foro di Roma.

ART. 16 TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

16.1.

Le finalità per cui il Fondo tratta i dati personali richiedono l'identificazione dell'interessato; il Fondo conserva, acquisisce e tratta le informazioni personali nel rispetto del Regolamento (Ue) 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

16.2.

In particolare il Fondo adotta misure appropriate per fornire all'interessato tutte le informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento di cui al comma che precede e le comunicazioni di cui agli artt. da 15 a 22 e all'art. 34 del Regolamento stesso, relative al trattamento in forma concisa, trasparente, intelligibile e facilmente accessibile, con un linguaggio semplice e chiaro, in particolare nel caso di informazioni destinate specificamente ai minori. Le informazioni sono fornite per iscritto o con altri mezzi, anche elettronici.



Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

REGOLAMENTO ADESIONI COLLETTIVE.

FONDO DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA POSTEVITA.

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Sede legale:

Viale Beethoven, 11 • 00144, Roma

Tel. (+39) 06 549241

Fax (+39) 06 54924203

Posteitaliane

Postevita
GruppoAssicurativoPostevita