POSTEVITAFONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Guida al Piano sanitario 1 bis

Sommario

Guida per gli Assistiti 2

Assistiti 3

Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie del Piano sanitario 1 Bis 7

Prestazioni sanitarie – Forma “indiretta” 7

Prestazioni sanitarie – Forma “diretta” 9

Modalità per usufruire delle prestazioni Long Term Care del Piano 1 Bis 10

Reclami 12

Nomenclatore delle garanzie incluse nel Piano Sanitario 1 Bis 14

Il Piano 1 Bis prevede le seguenti garanzie: 14

Quadro Sinottico 15

Documenti a corredo delle Richieste di Rimborso 16

Rendita vitalizia per non autosufficienza 18

Imposta di Bollo su ricevute Mediche 19

Allegato A Elenco grandi interventi chirurgici 20

Allegato B Elenco diagnostica di alta specializzazione 26

Allegato C Prestazioni di Ultrasonografia 32

Allegato D Condizioni di non assistibilità garanzia rendita vitalizia per non autosufficienza (valide per il Piano 1 Bis) 33

Allegato E Esclusioni assistibilità Long Ter Care(valide per il Piano 1 Bis). 34

Allegato F Prestazioni escluse dalle garanzie (valide per il Piano 1 Bis). 35

Allegato G Glossario 36

POSTEVITAFONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

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 un Fondo a gestione convenzionata, che ha affidato la copertura delle prestazioni alle seguenti compagnie assicurative:

- la componente danni (*i.e.*, malattia) a Poste Assicura S.p.A.;
- la componente vita (*i.e.,* rendita in caso di non autosufficienza, "**LTC**") 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 Piani sanitario 1 Bis 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 G.

Il Fondo si avvale di una rete di convenzionamenti stipulati con più di 10.000 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 fisiokinesiterapeutici 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 e nei 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 contattare il contact center del Fondo al numero verde 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 al Piano sanitario.

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

Il Piano è rivolto esclusivamente a coloro che hanno un rapporto lavorativo diretto con il datore e svolgono un'attività di lavoro per conto dell'azienda che ha perfezionato l'iscrizione al Fondo.

i dipendenti, considerati, "iscritti principali", possono 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.

L'estensione al nucleo familiare, se richiesta, deve essere totale (*i.e.*, rivolta a tutti i componenti aventi le predette caratteristiche) e deve avvenire entro 2 mesi dall'adesione

del dipendente al Fondo o entro 2 mesi dalla modifica del numero dei componenti del nucleo familiare (es. matrimonio, nascita figlio, etc.).

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

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

L'adesione al Fondo prevede, come da Regolamento, per tutte le garanzie mediche e LTC un periodo di carenza pari a 3 mesi, (la garanzia Long Term Care solo in caso di non autosufficienza derivante da infortunio non sarà soggetta, invece, ad alcun periodo di carenza), salvo diverso accordo scritto tra Fondo e datore.

Adesione dell'azienda al Piano sanitario 1 Bis

Le modalità di adesione al relativo Piano sanitario prescelto sono quelle disciplinate all'art. 2 del Regolamento cui si fa espresso riferimento.

Decorrenza della copertura per gli Assistiti

L'assistibilità (copertura) dei dipendenti iscritti al Fondo ha effetto dalla data di decorrenza della copertura per il datore. Per i nuovi ingressi la copertura ha effetto dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo a quello in cui il datore comunica al Fondo i dati anagrafici del nuovo iscritto (che abbia le caratteristiche richieste dal Regolamento per le adesioni collettive al Fondo). Per tutti gli assistiti, la copertura termina, salvo recesso esercitato dal datore, l'ultimo giorno del mese di attività lavorativa o di rapporto del dipendente iscritto con l'azienda aderente.

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 lavoratori relativi alle categorie iscritte, nei riguardi dei quali deve essere attivata l'assistenza e delle persone nei cui confronti si interrompe la copertura.

Versamento del contributo

Il datore si impegna a versare trimestralmente, in via posticipata, i contributi dovuti secondo le previsioni indicate nella presente Guida al Piano sanitario. Il versamento trimestrale comprende il rateo relativo al contributo dovuto al Fondo da parte dei dipendenti assistiti e, eventualmente, al nucleo familiare, nonché il rateo del contributo della quota di partecipazione, se dovuta.

Il versamento del predetto contributo, deve essere effettuato da parte del datore aderente, mediante bonifico bancario, entro il 15 del mese successivo alla scadenza trimestrale (15/04, 15/07, 15/10, 15/01). Per trimestri si intendono i periodi: gennaio – marzo; aprile – giugno; luglio – settembre; ottobre – dicembre dell'anno di riferimento.

Il giorno 15 dell'ultimo mese di ogni trimestre (es. 15/3, 15/6, 15/9, 15/12), il Fondo attiva e rende disponibile sul proprio portale web (nell'area riservata aziende, per accedere alla quale sono necessari codice e password personale dell'azienda) la relativa **Distinta** di pagamento. La distinta evidenzia, per il trimestre trascorso, i contributi che il Fondo di assistenza sanitaria integrativa Postevita dovrà ricevere da parte del datore in relazione alla situazione in anagrafica dei propri iscritti: è onere del datore controllare se la distinta è coerente con le trattenute effettuate e con le eventuali segnalazioni fornite dai dipendenti (iscrizioni/cessazioni/nucleo).
Il datore potrà effettuare sul sito web del Fondo eventuali modifiche all'anagrafica dei dipendenti entro l'ultimo giorno del trimestre (es. 31/3, 30/6, 30/9, 31/12). Successivamente, tale modifica al trimestre di riferimento non potrà essere effettuata.

Il Fondo, in caso di inesattezza, incompletezza o omissione del versamento, interessa tempestivamente il datore ai fini della relativa regolarizzazione del pagamento dovuto. Trascorsi 10 giorni dalla data in cui doveva essere effettuato il versamento, ove ne perduri l'inesattezza, l'incompletezza o l'omissione, il Fondo stesso (e pertanto le relative compagnie assicurative) sospenderà (sospenderanno) l'erogazione di tutte le prestazioni connesse al Piano sanitario di riferimento.

Il ritardato pagamento dei contributi dovuti per un periodo continuativo di oltre un trimestre 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 gli assistiti dell'esclusione dal Fondo della propria Azienda aderente.

Condizioni di non assistibilità

(persone non coperte)

Ai fini dell'operatività della garanzia Long Term Care (LTC), al momento dell'adesione alla copertura, gli assistiti non devono rientrare in una delle condizioni di non assistibilità previste dall'Allegato D alla presente Guida.

L'eventuale incasso del contributo, ove siano verificate le condizioni sopra previste di cui all'Allegato D, non costituisce deroga alla predetta regola. In tal caso il contributo versato relativamente a soggetto non assistibile sarà restituito e la garanzia non opererà.

Prestazioni escluse dall'assistibilità

La copertura di talune prestazioni ivi indicate non è operante in alcuni ben definiti casi, illustrati negli Allegati E ed F alla presente Guida.

POSTEVITAFONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie del Piano sanitario 1 Bis

Gli Assistiti al Piano 1 Bis del Fondo hanno la possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie, diverse dalla non autosufficienza, mediante due modalità:

- **Forma *"indiretta"*:** l'assistito invia al Fondo le ricevute che attestano le spese sanitarie sostenute presso una qualsiasi struttura sanitaria non convenzionata con il medesimo Fondo. Qualora ne sussistano i presupposti, l'Assistito riceverà il rimborso delle predette spese (nei limiti e nei massimali previsti dal Piano Sanitario prescelto) mediante bonifico bancario, per il tramite della compagnia assicurativa summenzionata;
- **Forma *"diretta"*:** l'assistito usufruisce delle prestazioni sanitarie presso una delle strutture convenzionate (*i.e.*, Network Convenzionato). In questo caso:
  - se il costo delle prestazioni è compreso nei limiti e nei massimali previsti dal Piano Sanitario prescelto, 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 ed i massimali previsti dal Piano sanitario prescelto, l'assistito deve pagare alla struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato 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 laassistito deve seguire nel caso in cui usufruisse delle prestazioni sanitarie in forma *"indiretta"* o in forma *"diretta"*.

Prestazioni sanitarie – Forma "indiretta"

Per richiedere al Fondo il rimborso delle spese sanitarie pagate direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dal Piano sanitario, l'assistito potrà procedere in modalità digitale. Nel dettaglio dovrà:

- accedere alla propria area riservata sul portale web del Fondo;

- accedere al menù richieste on-line e, in base alla tipologia della 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 della Indennità di ricovero, provvedere all'inserimento della data inizio e fine ricovero;
- in caso di richiesta generica, per ottenere il rimborso della Indennità di ricovero, grandi interventi chirurgici (da ora in avanti GIC), provvedere all'inserimento della data inizio e fine ricovero;
- in caso di richiesta generica, per ottenere il rimborso della indennità sostitutiva parto, provvedere all'inserimento della data inizio e fine ricovero;
- in caso di richiesta generica, per ottenere il rimborso della indennità dostitutiva neonati, provvedere all'inserimento della data inizio e fine ricovero.

Le richieste acquisite nel portale perverranno direttamente alla Compagnia Poste Assicura che procederà alla valutazione dei rimborsi dovuti secondo la specifica tipologia di Piano.

Le richieste di rimborso relative alle spese sostenute devono essere 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 ad una stessa garanzia dovrà essere considerata la data indicata nel documento di spesa più recente.

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

Il rimborso delle spese avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN comunicate dal dipendente assistito 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 (*i.e.,* Network Convenzionato), al fine di consentire a queste ultime di verificarne la regolare iscrizione al Fondo.

Dopo aver accertato l'assistibilità, e quindi la possibile erogazione delle prestazioni in forma "diretta", le strutture sanitarie convenzionate con il Fondo erogano la prestazione 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, nel quale:

- dichiara di essere a conoscenza che il Fondo di assistenza sanitaria integrativa Postevita è a gestione convenzionata e che le coperture sanitarie sono affidate alla compagnia assicurativa Poste Assicura S.p.A.;
- 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, nei confronti del Fondo, i medici-chirurghi che eseguiranno le prestazioni sanitarie in convenzione, acconsentendo all'eventuale invio da parte di questi ultimi 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 dalla legge 196/03 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, 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'assistito dovrà pagare la struttura sanitaria e richiedere il rimborso in forma indiretta.

Modalità per usufruire delle prestazioni Long Term Care del Piano 1 Bis

Per richiedere l'erogazione della prestazione "Long Term Care" (**LTC**), al verificarsi della condizione di non autosufficienza, l'assistito deve presentare la denuncia direttamente alla Compagnia Assicurativa Poste Vita S.p.A., il soggetto a cui verrà demandata l'erogazione delle prestazioni.

Il modulo di "denuncia dello stato di non autosufficienza", direttamente scaricabile dal sito www.postevitafondosalute.it, deve essere 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" (Long Term Care).

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

Poste Vita S.p.A.
Viale Europa, 190
00144, Roma (RM)

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

Per ulteriori informazioni sull'erogazione della rendita gli assistiti possono contattare il contact center di Poste Vita S.p.A. al numero **800.31.61.81** attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9:30 alle 17.00 ed il sabato dalle ore 09:30 alle 13:30.

Sospensioni del rapporto di lavoro ed assenze prive di retribuzione piena

Nei casi di sospensione del rapporto di lavoro, o di assenze, intervenute a titolo discrezionale da parte del dipendente, con conseguente perdita del diritto all'ordinario trattamento retributivo pieno (100%) per un periodo continuativo pari o superiore ad un

mese, sempre che tali assenze non derivino da un suo diritto espressamente previsto dalla normativa *pro tempore* applicabile (quali, in via esemplificativa e non esaustiva, quelle verificatesi per aspettative o permessi, a qualsiasi titolo, assenze per malattia, sospensioni dal lavoro, cassa integrazione guadagni), il diritto alle prestazioni e l'obbligo della contribuzione, sono sospesi, salvo che la fonte collettiva dell'adesione non disponga la continuità di attribuzione al Fondo dell'ordinaria contribuzione piena.
La predetta sospensione di prestazioni e contribuzione si applica a partire dal primo giorno del mese successivo a quello nel corso del quale si determinano le condizioni di cui sopra.
Il ripristino del diritto alle prestazioni e l'obbligo della contribuzione riprendono dal primo giorno del mese in cui il trattamento retributivo torna ad essere pieno.

Il datore comunica al Fondo, tramite il sito internet del Fondo stesso, il verificarsi dei sopracitati eventi**.**

Reclami

Per presentare reclami relativi alle liquidazioni delle richieste di rimborso per prestazioni sanitarie, 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.), inviare apposita comunicazione scritta a Poste Vita S.p.A. Ufficio Customer Experience e Assistenza Clienti, 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**

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

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 fornito dalla stessa;

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 il presente contratto, 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 della vigente normativa.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere 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 legale del Fondo (Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, Reclami, Viale Europa, 190, 00144 – Roma)

POSTEVITAFONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Nomenclatore delle garanzie incluse nel Piano Sanitario 1 Bis

Il seguente paragrafo è stato predisposto 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 interessato, delle quali evidenziano esclusivamente le caratteristiche principali.

Le relative Condizioni Generali di Assicurazione restano, pertanto, l'unico strumento valido per una completa ed esauriente informativa.

Il Piano 1 Bis prevede le seguenti garanzie:

1	OSPEDALIERE
2	DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
3	PRESTAZIONI DI RADIOLOGIA TRADIZIONALE E ULTRASONOGRAFIA
4	VISITE SPECIALISTICHE ED AMBULATORIALI
5	MAMMA E BAMBINO
6	CURE DENTARIE
7	LENTI
8	RENDITA VITALIZIA PER NON AUTOSUFFICIENZA

POSTEVITAFONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Quadro Sinottico

Garanzie	*Massimali anno nucleo/Limiti//Scoperti/Franchigie*
OSPEDALIERE	
Grande Intervento Chirurgico	Max annuo € 100.000,00 Max per evento ricovero: € 50.000,00
	diretta: 100%
	indiretta: scoperto 25%
pre/post	90/90 sino ad un massimale per anno di € 1.500,00 e per ricovero/evento di € 750,00
	diretta: scoperto 15%
	indiretta: scoperto 40%
Retta di degenza (non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie)	fino a max € 300,00 / notte
Retta per l'accompagnatore (in istituto di cura, o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera)	Fino a € 50 a notte – Max 30 notti per ricovero
Assistenza infermieristica individuale privata	Fino a € 50 a notte – Max 30 notti per ricovero
Viaggio e trasporto dell'assistito e di un accompagnatore da e all'Istituto di Cura e da un Istituto di Cura all'altro (Il trasporto è rimborsabile se effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo)	Scoperto 20% - Max rimborsabile € 750,00 per ricovero
Indennità sostitutiva per interventi in SSN giornaliera per GIC	Max € 100,00 notti / max 30 notti
EXTRAOSPEDALIERE	
Diagnostica di Alta Specializzazione (allegato B)	Max € 2.000,00/anno diretta: scoperto 25% min € 40,00 indiretta: 50% minimo € 80,00
Prestazioni di ultrasonografia (allegato C)	massimale € 750 Rimborso in misura e nei limiti del nomenclatore
Visite specialistiche ambulatoriali	massimale annuo € 500,00/anno diretta e indiretta: max rimborso a prestazione € 50
Mamma e Bambino	Accertamenti preparto: massimale € 300,00/anno diretta: Scoperto 30% minimo € 25,00 indiretta: Scoperto 50% minimo € 25,00 Spese neonati massimale € 2.500,00 indennità ricovero parto € 35,00 a notte per max 7 gg.
DENTARIE come da seguenti prestazioni:	massimale annuo € 1.000 scoperto 15%
Igiene orale - Detartrasi - istruzione di igiene orale (1 volta l'anno) Sigillatura (ad elemento) (1 volta l'anno) Endorale Periapicale (lastrina 4X3) (2 volte l'anno) Dentascan: 1 arcata Ortopantomografia di una o entrambe le arcate dentarie (1 volta l'anno) visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica (1 volta l'anno)	prestazioni erogabili solo in diretta
Lenti	Massimale euro 50 ogni 2 anni
Rendita per non autosufficienza (LTC)	€ 6.000 per anno e persona - Rendita vitalizia mensile pari a € 500

POSTEVITAFONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Documenti a corredo delle Richieste di Rimborso

Premesso che ogni patologia o infortunio genera un sinistro distinto, si intende completa una richiesta di rimborso che contenga:

- documentazione di spesa
- certificazioni mediche
- in caso le spese siano riferite ad infortunio: verbale del pronto soccorso o, in caso di mancato accesso, autocertificazione attestante la data e la dinamica dell'evento.

N.B. i documenti delle spese sostenute all'estero devono essere accompagnati dalla traduzione completa delle voci elencate.

Di seguito, caso per caso, elenco della documentazione da unire a corredo delle richieste di rimborso:

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (Allegato A):

- Cartella clinica completa di diario clinico e lettera di dimissioni
- Fatture relative ai costi sostenuti per l'intervento (dettagliate di tutte le prestazioni fatturate): onorari equipe chirurgica; diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento, per gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento; per l'assistenza medica/infermieristica, le cure, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di ricovero; per le rette di degenza (con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente) rese necessarie dall'intervento (per la retta di degenza in regime di terapia intensiva non si applicano i limiti previsti in polizza, fermi i massimali dell'area ricovero).

INDENNITA' SOSTITUTIVA

- cartella clinica completa di diario clinico e lettera di dimissioni

PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA (allegato B)

- Fatture relative ai costi sostenuti per le prestazioni
- Prescrizione medica completa di patologia e/o referto indicante la patologia per cui la prestazione è stata effettuata

PRESTAZIONI DI ULTRASONOGRAFIA (allegato C)

- Fatture relative ai costi sostenuti per le prestazioni
- Prescrizione medica completa di patologia e/o referto indicante la patologia per cui la prestazione è stata effettuata

VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

- Fatture relative ai costi sostenuti per le prestazioni
- Prescrizione medica completa di patologia e/o referto indicante la patologia per cui la prestazione è stata effettuata

LENTI

- Prescrizione del medico o dell'oculista o dell'optometrista con di modifica del visus o indicazione che si tratta di prima prescrizione
- Certificato di conformità rilasciato dall'ottico
- Fattura emessa dall'ottico

CURE DENTARIE

- Fattura di spesa contenente il dettaglio delle prestazioni fatturate
- Diario clinico completo o piano di cure redatto dal medico che ha effettuato le cure indicanti gli elementi dentari interessati alle cure

MAMMA E BAMBINO

- Fatture relative ai costi sostenuti per le prestazioni
- Prescrizione medica completa indicante lo stato di gravidanza
- Cartella clinica completa di diario clinico e lettera di dimissioni

Rendita vitalizia per non autosufficienza

Viene 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 assicurativa Poste Vita S.p.A. e al Fondo, il certificato di permanenza in vita.

Rendita Vitalizia per non autosufficienza (LTC)	
Rendita annua/assistito	**€ 6.000, per anno/persona (€ 500 al mese)**

Per il dettaglio delle condizioni di assistibilità e delle esclusioni della garanzia per non auto sufficienza vedere gli elenchi disponibili in allegato (Allegati 6 e 7).

Per ottenere l'erogazione della rendita, in caso di insorgenza dello stato di "non autosufficienza" l'assistito, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità previste per usufruire delle prestazione Long Term Care (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; e
- la documentazione clinica comprovante lo stato di non autosufficienza.

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

Imposta di Bollo su ricevute Mediche

Premesso che:

- per effetto dell'applicazione dell'articolo 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.

Qualora il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita riceva dai propri assistiti, ai fini del rimborso, atti o documenti privi di marca o bollo a punzone, ai fini dell'esonero da responsabilità amministrativa è obbligato alla presentazione di tali documenti al Fondo stesso.

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

POSTEVITAFONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Allegato A Elenco grandi interventi chirurgici

(valido per il Piano Sanitario 1 Bis)

COLLO

- Gozzo retro sternale con mediastinoctomia
- Resenzione esofago cervicale
- Tiroidectomia allargata per neoplasia maligna

ADDOME (PARETE ADDOMINALE)

- Laparatomia esplorativa per occlusione con resezione
- Laparatomia con sutura viscerale

OCULISTICA

- Odontocheratoprotesi

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori glomici timpano — giugulari
- Exeresi di tumori dello spazio retro peritoneale

UROLOGIA

- Nefroureterectomia totale
- Surrenalectomia
- Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo biadder
- Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia ureterosigmoidostomia
- ESWL Litotrissia extracorporea con onde d'urto)
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefrectomia allargata per tumore con emolectomia
- Resezione renale con clampaggio vascolare
- Ileo Bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Postatectomia radicale extraponeurotica nerve sparring
- Linfoadenectomia retro peritoneale bilaterale per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale con linfoadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale con linfoadenectomia per tumori maligni per via vaginale
- Vulvectomia allargata con linfoadenectomia
- Intervento radicale carcinoma ovarico

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Osteosintesi diafisi femorale ed epifesi dorsale
- Osteosintesi di omero
- Interventi per costola cervicale
- Scapulopessi
- Trapianti ossei o protesi diafisali
- Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- Biopsia trans- peduncolare dei somi vertebrali
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezione del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Laminectomia de compressiva per neoplasie (senza sintesi)
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapolo-claveari) sec. Tikhor Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale per sostituzione con protesi modulari "Custommade"
- Resezione del radio distale con trapianto articolare perone-proradio
- Emipelvectomia
- Emipelvectomia "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Resezione del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no)
- Resezioni artrodiafisarie del ginocchio: artrodesizzanti (trapianto o cemento più infibulo femore-tibiale)
- Resezioni artrodiafisarie del ginocchio: sostituzione con protesi modulari o "custom-made"
- Ricostruzione dei legamenti articolati
- Artroprotesi di anca
- Protesi totale di displasia di anca
- Intervento di rimozione di protesi di anca
- Intervento di rimozione reim pianto di protesi dell'anca
- Artroprotesi di ginocchio
- Protesi cefalica di spalla
- Vertebrotomia
- Discectomia per via anteriore per ernia cervicale
- Discectomia per via anteriore per ernia durao molle con artrotesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Osteosintesi vertebrale
- Pulizia focolai osteici
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore: senza impianti
- Interventi per via posteriore: con impianti

- Interventi per via anteriore: senza impianti
- Interventi per via anteriore: con impianti

CHIRURGIA PEDIATRICA (GLI INTERVENTI SOTTO ELENCATI SONO IN GARANZIA SOLO IN CASO DI NEONATI ASSICURATI DAL MOMENTO DELLA NASCITA

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Trattamento chirurgico per ipertensione portale nel bambino
- Occlusione intestinale del neonato: atresie con necessità di anastomosi
- Ileo meconiale: resezione secondo Mickulicz
- Ileo meconiale: resezione con astomosi primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Mega uretere: resezione con reimpianto
- Mega uretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Mega colon: resezione anteriore
- Mega colon: operazione addominoperineale di Buha mei o Swenson

ESOFAGO

- Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico
- Interventi con esofago plastica

STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Gastrectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Sutura di perforazione gastriche ed intestinali non traumatiche
- Mega-esofago ed esofagite da reflusso
- Cardioplastica

INTESTINO

- Colectomia parziale
- Colectomia totale

RETTO E ANO

- Interventi per neoplasie del retto-ano
- Se per via addomino perineale

- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale

FEGATO

- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi
- Resezioni epatiche
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale

PANCREAS

- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudo cisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

INTERVENTI SUL MEDIASTINO

- Interventi per tumore

INTERVENTI SUL POLMONE

- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococco
- Resezioni segmenti e lobectomia
- Pneumectomia
- Tumori della trachea

NERVIPERIFERICI

- Interventi sul plesso bronchiale

CHIRURGIA VASCOLARE

- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale

CARDIOCHIRURGIA

- Correzione difetto del setto interatriale
- Correzione difetto del setto interventricolare senza ipertensione polmonare
- Valvulotomia singola o multipla per stenosi polmonare
- Mitralica
- Valvola aortica

- Correzione di stenosi aortica sottovalvolare a diaframma
- Sostituzione valvola singola: aortica-mitralica-tricuspidale
- Anuloplastica valvola singola
- By-pass
- By-pass aorto-coronarico singolo
- Embolectomia della polmonare
- Correzione radicale di trasposizione di grandi vasi
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- Correzione impianto anomalo coronarie
- Correzione "Ostium Primum" con insufficienza mitralica
- Correzione canale atrioventricolare completo
- Finestra aortopolmonare
- Correzioni di ventricolo unico
- Correzioni di ventricolo destro a doppia uscita
- Correzioni di "Truncus arteriosus"
- Correzioni di coartazioni aortiche di tipo fetale
- Correzioni di coartazioni aortiche multiple o molto estese
- Correzioni di stenosi aortiche infundibulari
- Correzioni di stenosi aortiche sopravaivolari
- Correzioni di trilogia di Fallot;
- Correzioni di tetralogia di Failot;
- Correzioni di atresia della tricuspide
- Correzioni di pervietà interventricolare ipertesa
- Correzioni di pervietà interventricolare con "Debanding"
- Correzioni di pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- Sostituzioni valvolari multiple
- By-pass aortocoronarici multipli
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
- Aneurismi aorta toracica
- Aneurisimi aorta addominali con obbligo di by-pass circolatorio
- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- Reinterventi in Cec per protesi valvolari, by-pass aorto coronarici
- Asportazioni di tumori intercardiaci
- Contropulsazioni per infarto acuto mediante incanalamento arterioso
- Intervento in ipodermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

NEUROCHIRURGIA

- Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- Intervento per encefalomeningoncele
- Intervento per craniostenosi
- Intervento per traumi cranio-cerebrali
- Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)

- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale
- Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici
- Anastonosi endocranica dei nervi cranici
- Intervento sull'ipofisi per via trasvenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc...)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazione vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi arterio-venosi, fistole arterio-venose)
- Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche
- Psicochirurgia
- Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica
- Intervento per epilessia focale e callosotomia
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale sul clivus per via anteriore
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale sul clivus per posteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale e decompressione della vertebrale nel formae trasversario
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra intramurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (Tumori, siringomielia, ascessi, ecc)
- Interventi per traumi vertebro-midollari
- Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- Interventi per mielotopia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o trans toracica
- Asportazione di ernia del disco lombare
- Spondilolistesi
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altro affezioni meningo-midollari (mielocele, mielomeningocele, ecc..)
- Cordotomia e mielotopia percutanea

TRAPIANTI D'ORGANO

- Tutti, esclusi i trapianti di cornea

POSTEVITAFONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Allegato B Elenco diagnostica di alta specializzazione

(valido per il Piano anitario 1 Bis)

ALTA SPECIALIZZAZIONE	
DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	
Angiografia	
	ANGIOGRAFIA CAROTIDEA O VERTEBRALE INTRACRANIO
	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (1 DISTRETTO)
	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (2 DISTRETTI)
	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (3 DISTRETTI O COMPLETA)
	ARTERIOGRAFIA AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA
	ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ARTERIOGRAFIA SELETTIVA
	ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ILIACA ED ARTI INFERIORI
	ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO E VASI EPIAORTICI
	ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO, VASI EPIAORTICI E AORTA TORACICA (COMPRESI ARTI SUPERIORI)
	ARTERIOGRAFIA ARTO INFERIORE MONOLATERALE (UNICO ESAME)
	ARTERIOGRAFIA ILIACA E ARTERIE FEMORALI COMPRESI ARTI INFERIORI
	ARTERIOGRAFIA POLMONARE
	ARTERIOGRAFIA POLMONARE E CAVOGRAFIA
	ARTERIOGRAFIA TOTAL BODY DELL'AORTA (DISTRETTO SOPRAORTICO-TORACICA-ADDOMINALE)
	CAVOGRAFIA INFERIORE O SUPERIORE
	CONTROLLO TIPS
	FLEBOGRAFIA ARTI SUPERIORI E CAVOGRAFIA
	FLEBOGRAFIA ARTI SUPERIORI O INFERIORI
	FLEBOGRAFIA DELL'ORBITA
	FLEBOGRAFIA DI UN ARTO
	FLEBOGRAFIA OVARICA MONOLATERALE
	FLEBOGRAFIA OVARICA BILATERALE
	FLEBOGRAFIA SPERMATICA MONOLATERALE
	FLEBOGRAFIA SPERMATICA BILATERALE
	FLEBOGRAFIA SPINALE
	LINFOGRAFIA
	PANANGIOGRAFIA CEREBRALE

Risonanza Magnetica Nucleare	
	USO DI QUALSIASI MEZZO DI CONTRASTO
	ANGIO R.M. (QUALSIASI DISTRETTO VASCOLARE - A DISTRETTO)
	ATM MONOLATERALE
	CINE R.M. COME STUDIO FUNZIONALE DI ARTICOLAZIONI
	COLANGIO E/O WIRSUNG RMN
	R.M. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI
	R.M. ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI
	R.M. ARTICOLAZIONE ED 1 SEGMENTO OSSEO (GINOCCHIO - SPALLA - GOMITO - COLLO PIEDE - ETC.)
	R.M. OGNI ARTICOLAZIONE E SEGMENTO OSSEO OLTRE AL PRIMO
	R.M. BACINO O COLLO O LARINGE O FARINGE O CRANIO O IPOFISI O NERVI ACUSTICI O MAMMELLA BILATERALE O MASSICCIO FACCIALE O TORACE E MEDIASTINO
	R.M. CUORE
	R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (1 TRATTO)
	R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (2 TRATTI)
	R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (3 TRATTI)
	R.M. TOTAL BODY: CRANIO, TORACE, ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI
	STUDIO DEI FLUSSI LIQUORALI CEREBRALI
Tomografia Assiale Computerizzata	
	USO DI QUALSIASI MEZZO DI CONTRASTO
	ANGIO T.C. DI QUALSIASI DISTRETTO - A DISTRETTO CON EVENTUALE RICOSTRUZIONE 3D
	ARTROTAC O T.C. DISTRETTI ARTICOLARI/SEGMENTI OSSEI
	BRONCOSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIÙ RICOSTRUZIONE 3D PIÙ ENDOSCOPIA VIRTUALE)
	COLONSCOPIASCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIÙ RICOSTRUZIONE 3D PIÙ ENDOSCOPIA VIRTUALE)
	DENTASCAN: 1 ARCATA
	DENTASCAN: 2 ARCATE
	MIELO T.C. : 1 TRATTO COLONNA VERTEBRALE
	MIELO T.C. : 2 TRATTI COLONNA VERTEBRALE
	MIELO T.C. : 3 TRATTI COLONNA VERTEBRALE
	O.C.T. - TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA
	T.C. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI
	T.C. BACINO E SACRO
	T.C. COLONNA VERTEBRALE: 1 SEGMENTO CON UN MINIMO DI 3 SPAZI

	INTERSOMATICI
	T.C. COLONNA VERTEBRALE: 2 SEGMENTI (CERVICALE E DORSALE O LOMBOSACRALE E SACROCOCCIGEO)
	T.C. COLONNA VERTEBRALE: 3 SEGMENTI (CERVICALE E DORSALE E LOMBOSACRALE O SACROCOCCIGEO)
	T.C. CRANIO E/O ORBITE O T.C. CRANIO E/O SELLA TURCICA O T.C. CRANIO E/O ROCCHE PETROSE O T.C. CRANIO E/O MASTOIDI
	TC MASCELLARE CON ELABORAZIONE COMPUTERIZZATA SUPERIORE O INFERIORE (VITREA)
	T.C. TORACE O ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI
	T.C. TOTAL BODY: CRANIO, TORACE, ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI
	TAC/PET
Medicina nucleare (scintigrafia)	
Apparato circolatorio	
	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO
	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO
	ANGIOSCINTIGRAFIA DISTRETTI ARTERIOSI O VENOSI
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO (SPECT)
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (PET)
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO PER L'IDENTIFICAZIONE DEL MIOCARDIO VITALE MEDIANTE REINIEZIONE
	SCINTI O TOMO SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (SPECT)
	STUDIO DELLA FUNZIONE VENTRICOLARE GLOBALE E REGIONALE (GATED-SPECT)
Apparato digerente	
	RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA
	SCINTIGRAFIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI
	VALUTAZIONE DELLE GASTRO ENTERORRAGIE
Apparato emopoietico	
	DETERMINAZIONE DEL TEMPO DI SOPRAVVIVENZA DELLE EMAZIE
	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO E DEL VOLUME ERITROCITARIO
	DETERMINAZIONE DELLA CINETICA PIASTRINICA
	DETERMINAZIONE DELL'ASSORBIMENTO INTESTINALE DELLA VITAMINA B12 (TEST DI SCHILLING)
	LINFOSCINTIGRAFIA SEGMENTARIA

	MISURA DELL'ASSORBIMENTO O DELLA PERMEABILITÀ INTESTINALE
	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA
Apparato osteoarticolare	
	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)
	SCINTIGRAFIA GLOBALE SCHELETRICA
	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE POLIFASICA SEGMENTARIA
	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA
Apparato respiratorio	
	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO
	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (SPECT)
	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA
Apparato urinario	
	CISTOSCINTIGRAFIA DIRETTA
	SCINTIGRAFIA RENALE CON DMSA (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA RENALE CON DMSA (SPECT)
	SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE CON TRACC. A RAPIDA ESCREZIONE ED ELABORAZIONE E VALUTAZIONE PARAMETRI SEMIQUANTITATIVI E/O QUANTITATIVI E MISURA DEL FILTRATO GLOMERULARE
Fegato e vie biliari e milza	
	SCINTIGRAFIA EPATICA (SPECT)
	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORE POSITIVO (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORE POSITIVO (SPECT)
	SCINTIGRAFIA EPATO-BILIARE SEQUENZIALE
	SCINTIGRAFIA EPATOSPLENICA (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA EPATOSPLENICA CON FLUSSIMETRIA E CLEARANCE KUPPFERIANA
	SCINTIGRAFIA SPLENICA CON EMAZIE AUTOLOGHE
Sistema nervoso centrale	
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPECT)
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE PLANARE CON ANGIOSCINTIGRAFIA
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE QUALITATIVA (PET)
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE QUANTITATIVA (PET)
	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO CORPOREO TOTALE
Tiroide e paratiroide	
	CAPTAZIONE TIROIDEA
	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI (INCLUSA SCINTIGRAFIA TIROIDEA)
	SCINTIGRAFIA TIROIDEA
	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORE POSITIVO
	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER RICERCA METASTASI TUMORI TIROIDEI

Altri organi	
	IMMUNOSCINTIGRAFIA
	RICERCA DI FOCOLAI FLOGISTICI CON LEUCOCITI AUTOLOGHI MARCATI
	RICERCA LINFONODO SENTINELLA (CHIRURGIA RADIOGUIDATA)
	SCINTIGRAFIA DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE
	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER LOCALIZZAZIONE NEOPLASTICA CON INDICATORI POSITIVI
	SCINTIGRAFIA MAMMARIA BILATERALE
	SCINTIGRAFIA SURRENALE
	TAC/PET
Cardiologia	
	CARDIOTOCOGRAFIA
	E.C.G. DI BASE
	E.C.G. DI BASE E DOPO SFORZO (TEST DI MASTER)
	E.C.G. DI BASE E DOPO SFORZO TREADMILL
	E.C.G. DINAMICO SECONDO HOLTER (24 H)
	E.C.G. DOMICILIARE
	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA DINAMICO CONTINUO (24 H)
	STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFAGEO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO
	TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O AL TAPPETO ROTANTE) COMPRESO ONORARIO PROFESSIONALE
	TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O AL TAPPETO ROTANTE) CON DETERMINAZIONE CONSUMO DI O2 COMPRESO ONORARIO PROFESSIONALE
	TILT TEST
Cardiologia Interventistica	
	CATETERISMO DESTRO E SINISTRO E CALCOLO PORTATE E GRADIENTI CON CORONAROGRAFIA + VENTRICOLOGRAFIA DESTRA E SINISTRA
	CORONAROGRAFIA + VENTRICOLOGRAFIA SINISTRA + CATETERISMO SINISTRO
	CORONAROGRAFIA CIRCOLO NATIVO + STUDIO SELETTIVO DI BYPASS VENOSI ED ARTERIOSI + VENTRICOLOGRAFIA SINISTRA + CATETERISMO SINISTRO
Oculistica	
	FLUORANGIOGRAFIA DELLA RETINA CON VERDE INDOCIANINA
	RETINOGRAFIA
	FLUORANGIOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE
	FLUORANGIOGRAFIA DELLA RETINA CON FLUORESCINA
Ostetricia	
	AMNIOCENTESI
Radiologia	
	ARTROGRAFIA
	ARTROGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE BILATERALE (COMPARATIVA)

	ARTROGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE MONOLATERALE
	BRONCOGRAFIA, MONOLATERALE O BILATERALE
	CISTOGRAFIA
	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO
	COLANGIOGRAFIA ATTRAVERSO TUBO DI KEHR O POST OPERATORIA
	COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA (CON EVENTUALI PROVE FARMACOLOGICHE)
	COLANGIOGRAFIA INTRA OPERATORIA
	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA
	COLANGIOGRAFIA RETROGRADA
	COLANGIOPANCREATOGRAFIA DIAGNOSTICA RETROGRADE (ERCP DOSCOPIC CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY)
	COLECISTOGRAFIA PER OS CON O SENZA PROVA DI BRONNER
	COLPO-CISTO-DEFECOGRAFIA
	DEFECOGRAFIA
	DACRIOCISTOGRAFIA
	FISTOLOGRAFIA
	GALATTOGRAFIA
	ISTEROSALPINGOGRAFIA (COMPRESO ESAME DIRETTO) - COMPRESA PRESTAZIONE DEL RADIOLOGO/GINECOLOGO
	MIELOGRAFIA CERVICALE O DORSALE
	SCIALOGRAFIA
	SPLENOPORTOGRAFIA
	UROGRAFIA (ESAME COMPLETO)
	VESCICOLO DEFERENTOGRAFIA
ENDOSCOPIE	
	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COMPRESO PASSAGGIO DI SONDA DI DILATAZIONE
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA ED EVENTUALE TEST RAPIDO H. PYLORI
	RETTOSCOPIA DIAGNOSTICA CON STRUMENTO RIGIDO
	RETTOSIGMOIDOSCOPIA DIAGNOSTICA CON FIBRE OTTICHE

Allegato C Prestazioni di Ultrasonografia

	Descrizione prestazioni	TARIFFA MASSIMA
	DIAGNOSTICA	
	Ultrasonografia *Gli esami si riferiscono ad entrambi i lati, comprensivi dello studio del circolo arterioso e venoso. Le tariffe esposte sono valide anche per qualsiasi esame doppler che associ altre tecniche e metodiche quali laser, etc.*	
	ARTI SUPERIORI O INFERIORI (BILATERALE): DOPPLER	**49,00**
	ARTI SUPERIORI O INFERIORI (BILATERALE): ECODOPPLER	**63,00**
	ECOCOLORDOPPLER DI QUALSIASI ALTRO DISTRETTO O SEGMENTO NON DESCRITTO	**72,00**
	ARTI SUPERIORI O INFERIORI (BILATERALE): ECOCOLORDOPPLER	**83,00**
	ARTI SUPERIORI E INFERIORI (QUATTRO ARTI): DOPPLER	**68,00**
	ARTI SUPERIORI E INFERIORI (QUATTRO ARTI): ECODOPPLER	**86,00**
	ARTI SUPERIORI E INFERIORI (QUATTRO ARTI): ECOCOLORDOPPLER	**99,00**
	PENIENO O TESTICOLARE: DOPPLER	**59,00**
	PENIENO O TESTICOLARE: ECODOPPLER	**78,00**
	PENIENO O TESTICOLARE: ECOCOLORDOPPLER	**87,00**
	TRANSCRANICO COMPLETO: ECODOPPLER	**63,00**
	TRANSCRANICO COMPLETO: ECOCOLORDOPPLER	**86,00**
	TRANSCRANICO COMPLETO CON ANALISI SPETTRALE	**54,00**
	TRONCHI SOVRAORTICI: DOPPLER	**59,00**
	TRONCHI SOVRAORTICI: ECODOPPLER	**70,00**
	TRONCHI SOVRAORTICI: ECOCOLORDOPPLER	**81,00**
	VISCERALE: DOPPLER	**41,00**
	VISCERALE: ECODOPPLER	**72,00**
	VISCERALE: ECOCOLORDOPPLER	**77,00**

Allegato D Condizioni di non assistibilità garanzia rendita vitalizia per non autosufficienza (valide per il Piano 1 Bis).

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

- avere bisogno dell'aiuto di un terzo, 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 quelle 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 al precedente paragrafo, i Dipendenti appartenenti alle categorie protette (ai sensi delle L. n. 482/1968 e n. 68/1999) sono considerati assistibili.
Al 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 ai sensi delle predette normative (L. n. 482/1968 e n. 68/1999).

Allegato E Esclusioni assistibilità Long Ter Care(valide per il Piano 1 Bis).

Senza pregiudizio per quanto disposto nell' Allegato D, 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 Contraente 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 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 ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'assistito 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'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 già diagnosticati in tale data all' assistito;
- problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad 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, pugilato, nonché dalla partecipazione a corse e incontri sportivi (e relative prove ed allenamenti) comunque relativi a qualsiasi sport svolto a livello professionistico.

Allegato F Prestazioni escluse dalle garanzie (valide per il Piano 1 Bis).

(per garanzia LTC vedere gli Allegati 6 e 7)

L'assicurazione non è operante per:

a) 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;
b) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
c) tutte le procedure, accertamenti e interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita, alla sterilità e/o al l'impotenza;
d) le spese relative a prestazioni di routine e/o di controllo, i vaccini;
e) cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto dall'art 13 delle CGA;
f) applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio);
g) le cure e le protesi odontoiatriche e ortodontiche;
h) gli interventi e le cure delle miopie e/o astigmatismo e correzione del visus;
i) 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;
j) conseguenze dirette o indirette causate da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
k) le conseguenze di atti terroristici;
l) 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;
m) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi o dal quesito diagnostico o dalla patologia/sospetta patologia;
n) 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;
o) aborto volontario.

Allegato G 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.

Assicurato o 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.

Assistenza Diretta: Il pagamento diretto alle strutture e personale appartenenti al Network da parte della Società delle prestazioni sanitarie a cui l'Assicurato ha avuto accesso dopo la preventiva autorizzazione data dalla Società, al netto di eventuali somme che rimangono a carico dell'Assicurato, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle Condizioni di Assicurazione.

Assistenza Indiretta (Rimborsuale): Il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie e personale non appartenenti al Network ovvero da strutture sanitarie e personale ambedue appartenenti al Network, ma senza aver richiesto ed ottenuto la preventiva autorizzazione da parte della Società, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle Condizioni di Assicurazione.

Associato: Azienda associata al Contraente/Fondo.

Assistenza Infermieristica: assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Carenza: il periodo iniziale decorrente dalla data di efficacia della copertura assicurativa durante il quale le garanzie non saranno operanti e pertanto l'eventuale sinistro non sarà indennizzato all'assistito da parte di Poste Assicura S.p.A.

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).

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione (Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa Postevita /Fondo).

Convenzione: accordo tra il Fondo e Poste Assicura S.p.A. al fine di disciplinare le modalità di sottoscrizione della Polizza.

Ente Aderente o Ente: il soggetto giuridico che ha aderito al Fondo al fine di rendere i propri dipendenti (inclusi, qualora da questi singolarmente richiesto, i relativi

componenti del Nucleo Familiare come di seguito meglio definito) fruitori delle prestazioni erogate dal Fondo.

Fondo: Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Franchigia: la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assistito.

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.

Indennizzo: somma dovuta dalla Società 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.

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.

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).

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 la Società presta la garanzia.

Modulo Di Polizza: il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione

Nucleo Familiare: costituiscono nucleo familiare: il dipendente, il coniuge, il convivente, i figli fino a 30 anni di età, tutti risultanti da Stato di Famiglia.

Polizza: i documenti che provano l'assicurazione.

Premio: il corrispettivo annuo dovuto dal Fondo a Poste Assicura S.p.A.

Regolamento: il Regolamento per le Adesioni Collettive al Fondo.

Retta di Degenza: Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

Ricovero: degenza ininterrotta, comportante pernottamento, in Istituto di cura pubblico o privato.

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

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

Società/Impresa/Compagnia: Poste Assicura S.p.A.

Societa' di Gestione/Network: Rete convenzionata direttamente dalla Società, costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta, garantite in polizza e previste dalle convenzioni stesse. Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura.

S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate presso Centri medici, 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. Sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica e le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

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.