



Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

GUIDA AL PIANO SANITARIO 6 - LTC E CI

Posteitaliane

Postevita
Gruppo Assicurativo Postevita

INDICE

Guida per gli Assistiti	PAG.	1/7
Aderenti al fondo	PAG.	1/7
Assistiti	PAG.	1/7
Limite di Età.....	PAG.	1/7
Condizioni di inassistibilità (persone non coperte)	PAG.	1/7
Prestazioni escluse.....	PAG.	2/7
Periodi di Carenza	PAG.	2/7
Adesione del Datore al Piano sanitario 6	PAG.	2/7
Decorrenza e termine della copertura per gli assistiti.....	PAG.	2/7
Versamento del contributo.....	PAG.	2/7
Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie del Piano sanitario 6.	PAG.	3/7
Reclami.....	PAG.	3/7
Nomenclatore delle garanzie incluse nel Piano Sanitario 6	PAG.	4/7
Rendita mensile pagata per tutta la vita in caso di non Autosufficienza.....	PAG.	4/7
Capitale fisso pagato alla diagnosi di una grave malattia (Critical Illness).....	PAG.	5/7

Allegati

Allegato 1. Condizioni di inassistibilità garanzia di LTC.	PAG.	1/1
Allegato 2. Esclusioni Garanzia Long Term Care e Critical Illness	PAG.	1/2
Allegato 3. Estratto Condizioni Generali di Assicurazione relative al Piano sanitario 6	PAG.	1/11



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 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 le coperture delle prestazioni “rendita in caso di non autosufficienza - LTC” e “Grave malattia - Critical illness” previste dal “Piano Sanitario 6 - LTC e CI” (di seguito, il “Piano Sanitario 6”) alla compagnia assicurativa Poste Vita S.p.A.

Le prestazioni offerte dal Piano Sanitario 6, pertanto, devono intendersi garantite 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 6 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 6 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 o l'unito civilmente;
- 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/uniti civilmente 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 delle garanzie Long Term Care (LTC) e Critical Illness (CI), 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.

Prestazioni escluse

La copertura di talune prestazioni ivi indicate non è operante in alcuni ben definiti casi, illustrati nell'Allegato 2.

Periodi di Carenza

Per la garanzia contro il rischio di non autosufficienza, 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 qualsiasi 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.

Per quanto riguarda la garanzia Critical illness non è previsto alcun periodo di carenza.

Adesione del Datore al Piano sanitario 6

Le modalità di adesione da parte del Datore al Piano Sanitario 6 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 6 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 e termine 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 dalle ore 00 del 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, il 31.12 dell'anno in corso. 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 1° gennaio dell'anno. 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, 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 6

Per richiedere l'erogazione della prestazione "Long Term Care" (LTC) o Critical Illness (CI), al verificarsi della condizione di non autosufficienza o di grave malattia l'Assistito deve presentare la denuncia direttamente alla compagnia Poste Vita S.p.A., soggetto a cui è demandata l'erogazione delle prestazioni.

I moduli di denuncia per le diverse tipologie di prestazioni sono direttamente scaricabili dal sito www.postevitafondosalute.it, vanno compilato in ogni parte, secondo le istruzioni presenti nei moduli stessi. Il dettaglio della documentazione da allegare a ciascun modulo di denuncia è esplicitato nella sezione del presente documento relativa alle garanzie specifiche.

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

Poste vita s.P.A.
Gestione liquidazioni vita
Viale Europa 190 - 00144 Roma (rm)

L'erogazione della rendita, in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza ovvero di un Capitale, in caso di Grave malattia 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 08.00 alle 20.00 e il sabato dalle ore 08.00 alle 14.00.

Reclami

Per presentare reclami relativi alla prestazione di cui trattasi, occorre inviare un'apposita comunicazione scritta a:

Poste Vita S.p.A. - Ufficio Customer Care, Viale Europa 190, 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/finservicesretail/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 operativa del Fondo stesso: Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, Reclami, Viale Europa 175, 00144 - Roma.

Nomenclatore delle garanzie incluse nel Piano Sanitario 6

I seguenti paragrafi sono stati predisposti in modo da costituire un agile strumento esplicativo per gli Assistiti; in nessun caso tuttavia, sostituiscono l'estratto delle Condizioni Generali di Assicurazione consegnate a ciascun Assistito, delle quali evidenziano esclusivamente le caratteristiche principali. Le Condizioni Generali di Assicurazione restano, pertanto, l'unico strumento valido per una completa ed esauriente informativa.

Rendita mensile pagata per tutta la vita in caso di non Autosufficienza

Quotidianamente ogni persona, indipendentemente dall'età, è esposta a eventi, per lo più imprevedibili, che potrebbero compromettere il sano e regolare svolgimento della vita.

È considerato in Stato di Non Autosufficienza l'Assicurato che, a causa di una malattia e/o di infortunio, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 dei 4 atti elementari della vita quotidiana, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Nel caso delle attività della vita quotidiana, tale livello è determinato sommando il numero di attività totalmente perdute per le quali l'assicurato necessita di assistenza da parte di un'altra persona.

Viene altresì riconosciuto in Stato di Non Autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 3 su 4 delle attività ordinarie della vita quotidiana, l'Assicurato che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica e che determini successivamente o contemporaneamente la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti di origine organica). I deficit cognitivi devono essere comprovati da una diagnosi di un neurologo e/o gerontologo (basata su test psicometrici riconosciuti, tipo MMSE, etc.).

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.

Per gli assicurati minori di età, nell'ambito dell'estensione al nucleo familiare, non sono sempre valutate le ADL ma è considerato in Stato di Non Autosufficienza il minore che presenti delle difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età a seguito di patologia riconosciuta derivante da infortunio o malattia.

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.

La rendita assicurata mensile è definita in fase di adesione dal Datore di lavoro per un importo pari o superiore ad euro 1.000 a scaglioni di euro 100, con un massimo di euro 2.000.

Capitale fisso pagato alla diagnosi di una grave malattia (Critical Illness)

La garanzia si intende valida ai fini del presente piano sanitario se la diagnosi di Grave Malattia, o Critical Illness, è avvenuta, per la prima volta, in data successiva all'ingresso in copertura dell'assistito.

Per Grave Malattia - o Critical Illness - si intende una malattia come di seguito definita:

1) Cancro

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin.

Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. E' necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomo-patologo.

Dalla garanzia sono esclusi:

- Tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non invasivi;
- Qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
- Carcinoma della pelle basocellulare o squamoso e melanoma maligno allo stadio IA (T1aN0M0) salvo che vi sia evidenza di metastasi;
- Tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2N0M0;
- Tumori della tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2 cm di diametro e/o stadati come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione.

Nella garanzia è incluso il carcinoma della mammella duttale in situ che abbia richiesto una mastectomia totale unilaterale.

In caso di malattia grave consistente in un cancro, non sarà liquidata la somma assicurata prevista qualora si tratti di recidiva del medesimo cancro oppure di altro cancro che colpisca il medesimo organo (farà fede il nuovo esame istologico ed il confronto con il precedente) nei successivi 5 anni dalla data di conclusione del trattamento radicale.

2) Infarto miocardico

L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a malattia coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e 3 i seguenti criteri e deve esservi diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

- Sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio; e
- Acute alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti in precedenza; e
- Tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca

L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 volte il valore di riferimento del laboratorio.

Angina e altre forme di sindrome coronaria acuta sono escluse.

In caso di malattia grave consistente in infarto, non sarà liquidata la somma assicurata prevista qualora si tratti di nuova diagnosi della medesima malattia diagnosticata nei 5 anni precedenti.

3) Ictus

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico.

Tale evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo almeno 3 mesi dalla data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un nuovo ictus.

Si intendono esclusi:

- Attacco ischemico transitorio (TIA);
- Danni cerebrali dovuti ad infortunio, infezione, vasculite, malattia infiammatoria o emicrania;
- Disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina.

In caso di malattia grave consistente in ictus, non sarà liquidata la somma assicurata prevista qualora si tratti di nuova diagnosi della medesima malattia diagnosticata nei 5 anni precedenti.

Ferme le esclusioni e le altre limitazioni e condizioni previste ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione e riepilogate nell'Allegato 2, il riconoscimento della condizione di malattia grave, a condizione che l'Assistito sia in vita una volta trascorsi 30 giorni dalla diagnosi stessa, dà diritto all'erogazione di un **capitale fisso pari ad euro 10.000 una tantum**.

Per ottenere l'erogazione del capitale, in caso di diagnosi di malattia grave l'Assistito, o gli aventi diritto, devono dare immediata comunicazione dell'accaduto a:

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

tramite raccomandata con avviso di ricevimento a decorrere dalla data in cui si è verificato l'evento su cui il diritto si fonda. Si richiama l'attenzione del Contraente o degli altri aventi diritto sui termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente per il contratto di assicurazione (Art. 2952 del Codice Civile).

Sempre al suddetto indirizzo, per la liquidazione della prestazione prevista l'Assistito deve inoltre inviare, sempre a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento la seguente documentazione:

- il "Modulo denuncia dello stato di Grave Malattia" compilato dall'Assistito;
- Copia di un documento identificativo e del codice fiscale dell'Assistito;
- Certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della "malattia grave" di cui risulti affetto l'Assistito, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica e la severità;
- Nel caso in cui la malattia grave sia stata dovuta a cause violente, investigate dall'autorità giudiziaria, sarà necessario trasmettere anche copia del verbale redatto dalle Forze dell'Ordine, o certificato della

Procura, o altro documento rilasciato dall'Autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze dell'evento.

- la documentazione clinica comprovante lo stato della specifica "malattia grave" per la quale l'Assistito richiede la liquidazione della prestazione

La compagnia Poste Vita S.p.A., che assicura il rischio, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione sanitaria ad integrazione di quanto già trasmesso e potrà accertare la diagnosi di malattia grave dell'Assistito anche tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere tutti gli esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso.

In ottemperanza agli obblighi di adeguata verifica della clientela derivanti dal D.lgs. n. 231/2007 in materia Antiriciclaggio, Poste Vita S.p.A. si riserva comunque di poter richiedere documentazione ed informazioni ulteriori, tramite i mezzi considerati più idonei indicati da Banca d'Italia, al fine di ottemperare gli obblighi imposti dalla normativa vigente.

Poste Vita S.p.A., a condizione che l'Assistito sia in vita trascorsi 30 giorni (periodo di sopravvivenza) dalla data di diagnosi della malattia grave, esegue il pagamento delle prestazioni previste dal contratto entro 30 giorni dal ricevimento presso la propria sede della documentazione sopraelencata completa in ogni sua parte.

Il pagamento delle prestazioni agli aventi diritto viene effettuato direttamente da Poste Vita S.p.A.

Per ogni maggiore dettaglio si rinvia all'estratto delle Condizioni Generali di Assicurazione che sono l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

ALLEGATO 1. CONDIZIONI DI INASSISTIBILITÀ GARANZIA 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 GARANZIA LONG TERM CARE E CRITICAL ILLNESS.

Senza pregiudizio per quanto disposto nell'Allegato 1, i rischi di non autosufficienza (LTC) e Critical illness sono coperti qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi

Esclusioni Assistibilità Long Term Care

Sono esclusi dalla copertura Long Term Care i 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.

Esclusioni Assistibilità Critical Illness

Sono esclusi i rischi di insorgenza di una malattia grave verificatasi a seguito di:

1. Malattie dovute/correlate all'uso di droghe (se non prescritte) o da alcoolismo cronico o acuto dell'assicurato;
2. Eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
3. Danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso ovvero volontario rifiuto di seguire prescrizioni o consigli medici.

Il Fondo non consente l'accesso alla copertura da parte di una collettività che rientri nella categoria professionale del personale operante in siti industriali e direttamente coinvolto nella ricerca, estrazione e/o smaltimento di amianto.

Il Fondo si riserva, altresì, di verificare l'indennizzabilità dei sinistri verificatisi in tutti quei casi in cui la documentazione medica a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico che pratici attività in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Città del Vaticano, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran

Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

ALLEGATO 3. ESTRATTO CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE RELATIVE AL PIANO SANITARIO 6

Poste Vita S.p.A.

Contraente

Fondo di assistenza
Sanitaria integrativa Postevita

Estratto Condizioni Generali di Assicurazione

Terminologia.

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

Assicurato: ciascun Assistito appartenente ad una medesima classe omogenea del Fondo.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Capitale Assicurato: indennità liquidabile al Beneficiario sotto forma di capitale in caso di avvenuto sinistro nel corso della durata contrattuale, indicata nel Certificato di Polizza.

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, il convivente more uxorio (coppie di fatto) da almeno un anno prima dell'inizio della copertura sanitaria, i figli sino al compimento del 26° anno di età, ove non totalmente inabili.

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.

Prestazione Assicurata: somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che Poste Vita S.p.A. garantisce all'Assicurato o al Beneficiario, a seconda dei casi, al verificarsi dell'evento assicurato.

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 del contratto e somme assicurate

Il presente contratto di Assicurazione (di seguito, il "Contratto"), ferme le condizioni di non assicurabilità Art.5, le esclusioni Artt. 6,13,14 e la carenza di cui l' Art. 7, garantisce, le seguenti prestazioni:

- Rendita mensile pagata per tutta la vita in caso di non autosufficienza il cui importo è pari o superiore a 1.000,00 €;
- Capitale fisso pagato alla diagnosi di una grave malattia il cui importo è pari a 10.000,00 €.

Art. 2 - Assicurati

Il presente contratto si rivolge a favore degli Assistiti del Piano Sanitario "6" del Fondo fino al compimento del settantesimo anno di età. Gli Assisiti del Fondo possono essere dipendenti ovvero anche membri del 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. In particolare, deve considerarsi inabile, ai sensi di quanto disposto dalla legge chi, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

L'estensione al nucleo familiare, se richiesta, deve essere totale (i.e., rivolta a tutti i componenti aventi le predette caratteristiche).

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 alla riscossione della rendita di Non Autosufficienza 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 - Garanzia Long Term Care - Condizioni di Assicurabilità

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

- avere bisogno dell'aiuto di un terzo 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 sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

In deroga al precedente paragrafo, i dipendenti degli Enti aderenti al Fondo Di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita appartenenti alle categorie protette (ai sensi delle Leggi 482/68 e 68/99) sono considerati assistibili.

A tale 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 ai sensi delle predette normative (i.e., Leggi n. 482/68 e n. 68/99).

Art. 6 - Esclusioni Garanzia LTC

Sono esclusi dalla copertura Long Term Care i 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;
- 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 garanzia LTC

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

1. 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;
2. 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 - Definizione dello stato di non autosufficienza

Assicurati maggiori di età

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.

Assicurati minori di età

Sarà ugualmente erogata la rendita mensile qualora l'assicurato sia soggetto minore e venga colpito da una patologia, malattia, disturbo o infortunio insorto successivamente al parto e non dovuto a conseguenze/complicanze del parto, e che abbia come conseguenza la perdita dell'autosufficienza:

- per i bambini di età >6 anni: l'incapacità di svolgere almeno 3 delle attività della vita quotidiana (ADL) definite nella tabella sottostante, nonostante sia in trattamento ottimale da almeno 3 mesi. Le ADL sotto-riportate saranno valutate anche in base all'utilizzo di dispositivi e/o ausili, e in assenza di supervisione
- per i bambini di età inferiore ai 6 anni non verranno valutate le ADL ma ci deve essere evidenza di almeno due dei seguenti criteri:
 - Ritardo motorio, di parola/linguaggio, psicologico rispetto all'età
 - Necessità di cure specialistiche continue e permanenti a domicilio (oltre a quelle fisiologiche per l'età)
 - Impossibilità di partecipare all'attività scolastica (es scuola materna) a causa di malattia, patologia, disturbi, infortunio.

Il minore deve essere in cura da un medico specialista. La patologia, malattia, disturbo o infortunio, deve essere confermato da indagini clinico-strumentali validati (ad esempio radiologici, istopatologici, test comportamentali/psicometrici). La malattia deve essere progressiva o incurabile e tale da rendere impossibile, nell'opinione dello specialista e dei medici consulenti della compagnia, qualsiasi recupero dalle conseguenze.

Attività	Incapacità
Nutrirsi	Incapacità di masticare e di deglutire alimenti solidi e necessità di alimentazione liquida o tramite sonda
	Incapacità di mangiare utilizzando posate e necessita di essere alimentato da una terza persona
Lavarsi/mantenere una corretta igiene personale	Incapacità di lavare la parte superiore del corpo ed il viso senza assistenza o supervisione, Incontinenza completa che necessita di catetere o pannolini
Vestirsi	Incapacità di indossare in maniera indipendente qualsiasi indumento
Spostarsi	Incapacità di spostarsi dal letto alla sedia e viceversa, Incapacità totale di fare cinque passi senza aiuto, Incapacità totale di salire e scendere tre gradini consecutivi

Art. 9 - Denuncia dello stato di non autosufficienza da parte dell'assicurato

Per ottenere l'erogazione della rendita, in caso di insorgenza dello stato di "non autosufficienza" l'Assicurato, il tutore/curatore o qualsiasi altra persona appartenente al suo Nucleo Familiare, entro 90 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di Non Autosufficienza l'Assicurato, deve informare la compagnia Poste Vita S.p.A. dello stato di Non Autosufficienza mediante l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento a:

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

La richiesta dovrà essere accompagnata dai documenti necessari a verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per procedere al pagamento della rendita. In particolare dovranno intendersi parte integrante di tale richiesta:

- il "Modulo denuncia dello stato di non autosufficienza" compilato dall'Assicurato (o da persona legittimata a farlo per suo conto);
- copia di un documento identificativo e del codice fiscale dell'Assicurato;
- il questionario di "non autosufficienza" compilato in ogni sua parte a cura dell'Assicurato (o da persona legittimata a farlo per suo conto);
- il questionario di "non autosufficienza" compilato in ogni sua parte dal medico curante;
- la documentazione clinica comprovante lo stato di non autosufficienza e dalla relativa dichiarazione in cui l'Assicurato scioglie dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

La compagnia Poste Vita S.p.A. se gli elementi che descrivono la Non Autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione sanitaria ad integrazione di quanto già trasmesso e potrà accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato anche tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere tutti gli esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso.

Nell'ambito dei soggetti minori, sarà valutata la sola documentazione medica comprovante le gravi limitazioni descritte nel precedente articolo.

Accertato lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato la prestazione di rendita verrà corrisposta se, trascorsi 60 giorni a partire dalla data di denuncia, perdura lo stato di "non autosufficienza". Il pagamento delle prestazioni agli aventi diritto viene effettuato direttamente da Poste Vita S.p.A..

Qualora la valutazione della sussistenza dello stato di Non Autosufficienza desse esito negativo, la posizione dell'Assicurato 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 e che siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Per ogni maggiore dettaglio si rinvia all'estratto delle Condizioni Generali di Assicurazione che sono l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

Art. 10 - 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, 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 dalla Compagnia 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 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 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 la non autosufficienza, la Società comunicherà l'esito dell'istruttoria specificandone i motivi ed indicando la rivedibilità.

Nei casi in cui all'Assicurato non sia riconosciuta la non autosufficienza, 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.

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, il pagamento della rendita assicurata verrà interrotto.

Art. 11 - 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. 12 - Collegio medico arbitrale garanzia LTC

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 esem-

plare, 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. 13 - Erogazione delle prestazioni LTC

Il riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza da parte della Compagnia secondo le condizioni dell'articolo 8 "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 (il cui ammontare è specificato nel Certificato di Polizza), pagata tramite bonifico bancario entro i limiti previsti all'articolo 3.1 "Prestazioni Long Term Care" delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 14 - 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. 15 - Garanzia Critical illness -Definizione Malattia Grave

Ferme le esclusioni e le altre limitazioni e condizioni previste ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, la Compagnia riconosce all'Assicurato la corresponsione di una somma assicurata nel caso sia diagnosticata a quest'ultimo, nel corso della durata contrattuale, una Malattia Grave come di seguito definita:

1) Cancro

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. E' necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

Dalla garanzia sono esclusi:

- Tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non invasivi;
- Qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
- Carcinoma della pelle basocellulare o squamoso e melanoma maligno allo stadio IA (T1aN0M0) salvo che vi sia evidenza di metastasi;
- Tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2N0M0;
- Tumori della tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2 cm di diametro e/o stadiati come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione.

Nella garanzia è incluso il carcinoma della mammella duttale in situ che abbia richiesto una mastectomia totale unilaterale.

In caso di malattia grave consistente in un cancro, non sarà liquidata la somma assicurata prevista qualora si tratti di recidiva del medesimo cancro oppure di altro cancro che colpisca il medesimo organo (farà fede il nuovo esame istologico ed il confronto con il precedente) nei successivi 5 anni dalla data di conclusione del trattamento radicale.

2) Infarto miocardico

L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a malattia coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e 3 i seguenti criteri e deve esservi diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

- Sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio; e
- Acute alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti in precedenza; e
- Tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca

L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 volte il valore di riferimento del laboratorio.

Angina e altre forme di sindrome coronaria acuta sono escluse.

In caso di malattia grave consistente in infarto, non sarà liquidata la somma assicurata prevista qualora si tratti di nuova diagnosi della medesima malattia diagnosticata nei 5 anni precedenti.

3) Ictus

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico.

Tale evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo almeno 3 mesi dalla data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un nuovo ictus.

Si intendono esclusi:

- Attacco ischemico transitorio (TIA);
- Danni cerebrali dovuti ad infortunio, infezione, vasculite, malattia infiammatoria o emicrania;
- Disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina.

In caso di malattia grave consistente in ictus, non sarà liquidata la somma assicurata prevista qualora si tratti di nuova diagnosi della medesima malattia diagnosticata nei 5 anni precedenti.

Art 16 - Esclusioni Garanzia Critical Illness

Sono esclusi i rischi di insorgenza di una malattia grave verificatasi a seguito di:

1. Malattie dovute/correlate all'uso di droghe (se non prescritte) o da alcolismo cronico o acuto dell'assicurato;
2. Eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
3. Danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso ovvero volontario rifiuto di seguire prescrizioni o consigli medici.

La Compagnia in ogni caso non consente l'accesso alla copertura da parte di una collettività che rientri nella categoria professionale del personale operante in siti industriali e direttamente coinvolto nella ricerca, estrazione e/o smaltimento di amianto.

La Compagnia si riserva di verificare l'indennizzabilità dei sinistri verificatisi in tutti quei casi in cui la documentazione medica a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico che pratici attività in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Città del Vaticano, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

Art. 17 - Obbligo di comunicazioni da inoltrare a Poste Vita S.p.A. in caso di malattia grave dell'assicurato

In caso di diagnosi di malattia grave dell'Assicurato, l'Assicurato o il beneficiario devono dare immediata comunicazione dell'accaduto a Poste Vita S.p.A. tramite raccomandata con avviso di ricevimento, a decorrere dalla data in cui si è verificato l'evento su cui il diritto si fonda.

Art. 18 - Documentazione da consegnare a Poste Vita S.p.A. per la liquidazione delle prestazioni Critical Illness - Modalità di pagamento delle prestazioni

Per ottenere l'erogazione del capitale, in caso di diagnosi di malattia grave l'Assicurato, o gli aventi diritto, devono dare immediata comunicazione dell'accaduto a:

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

tramite raccomandata con avviso di ricevimento a decorrere dalla data in cui si è verificato l'evento su cui il diritto si fonda. Si richiama l'attenzione del Contraente o degli altri aventi diritto sui termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente per il contratto di assicurazione (Art. 2952 del Codice Civile).

La documentazione da inviare è la seguente:

- a) Richiesta di pagamento firmata dall'Assicurato che potrà essere effettuata tramite l'apposita modulistica allegata e dovrà contenere il consenso al trattamento dei dati personali, in particolare di quelli sensibili.
- b) Copia di un documento identificativo e del codice fiscale dell'Assicurato;
- c) Certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della "malattia grave" di cui risulti affetto l'Assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica e la severità;
- d) Documentazione di carattere sanitario (cartelle e/o esami clinici inclusivi di referti istopatologici, ECG, esami del sangue ed altri referti medici relativi alla specifica diagnosi) come indicato all'Art 13 a seconda della specifica "malattia grave" per la quale l'Assicurato richiede la liquidazione della prestazione.
- e) Nel caso in cui la malattia grave sia stata dovuta a cause violente, investigate dall'autorità giudiziaria, sarà necessario trasmettere anche copia del verbale redatto dalle Forze dell'Ordine, o certificato della Procura, o altro documento rilasciato dall'Autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze dell'evento.

Poste Vita S.p.A. si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione sanitaria ad integrazione di quanto già trasmesso. Poste Vita S.p.A. potrà accertare la diagnosi di malattia grave dell'Assicurato anche tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere tutti gli esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso.

In ottemperanza agli obblighi di adeguata verifica della clientela derivanti dal D.lgs. n. 231/2007 in materia Antiriciclaggio, Poste Vita S.p.A. si riserva comunque di poter richiedere documentazione ed informazioni ulteriori, tramite i mezzi considerati più idonei indicati da Banca d'Italia, al fine di ottemperare gli obblighi imposti dalla normativa vigente.

Poste Vita S.p.A. esegue il pagamento delle prestazioni previste dal contratto entro 30 giorni dal ricevimento presso la propria sede della documentazione sopraelencata completa in ogni sua parte.

Poste Vita S.p.A. effettuerà il pagamento della prestazione in caso di malattia grave a condizione che l'Assicurato sia in vita trascorsi 30 giorni (periodo di sopravvivenza) dalla data di diagnosi della malattia grave. Il pagamento delle prestazioni agli aventi diritto viene effettuato tramite accredito sul conto BancoPosta o sul Libretto di Risparmio Postale, assegno postale, mediante bonifico su conto corrente bancario.

Art. 19 - Durata e Scadenza Contrattuale

Omissis.

La copertura di ogni nuovo Assistito, ha decorrenza dal primo giorno del mese successivo rispetto alla data in cui l'Ente comunica al Fondo i dati anagrafici del nuovo ingresso. Contestualmente, ove l'iscritto abbia richiesto l'estensione della copertura al Nucleo Familiare saranno considerati in copertura anche i membri di tale Nucleo purché siano state comunicate le relative anagrafiche e siano assicurabili ai sensi dell'Art. 2. Diversamente, in caso di uscita dell'Assistito dal Fondo, la copertura assicurativa terminerà, per l'iscritto e per l'eventuale Nucleo familiare per il quale sia stato richiesto di estendere l'assistenza da parte del Fondo, alle ore 24.00 del 31/12 dell'anno in corso rispetto al termine dell'attività lavorativa o di rapporto dell'iscritto con l'Ente aderente, salvo sia diversamente stabilito tra il Fondo e l'Ente.

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

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

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

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

Art. 20 - 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. 21 - Premio

Omissis

Art. 22 - Pagamento del premio

Omissis

Art. 23 - Mancato Pagamento del Premio, Sospensione Garanzie, Riattivazione Contratto

Omissis

Art. 24 - Reclami

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

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

10/11

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 ai sensi del Regolamento 2016/679/UE GDPR - 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. 25 - Trattamento dati personali e norme di sicurezza

Ai sensi del Regolamento 2016/679/UE "Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali" (articoli 13 e seguenti)

Omissis

Durante l'esecuzione delle attività di cui al presente contratto assicurativo, le Parti contraenti si impegnano

alla piena osservanza del GDPR, per cui dovranno adottare idonee misure preventive atte a salvaguardare la sicurezza e la salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.

Art. 26 - 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. 27 - 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. 28 - 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. 29 - 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. 30 - Riferimento a norme di legge

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

INFORMATIVA PRIVACY BREVE

ai sensi del Regolamento 2016/679/UE(GDPR)

Poste Vita S.p.A. (di seguito Poste Vita) - con sede in Roma, Viale Europa 190, che opera in qualità di “Titolare” del trattamento, desidera fornirLe le indicazioni chiare e semplici circa il trattamento dei Suoi dati personali. In caso di qualsiasi dubbio o chiarimento rispetto a quanto riportato di seguito, La invitiamo a contattarci ai recapiti del Presidio Privacy del Gruppo Assicurativo Poste Vita sotto indicati.

BASE GIURIDICA, FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Poste Vita tratta i Suoi dati personali nel quadro delle finalità “assicurative”, quando è necessario nell’ambito di un contratto o ai fini della conclusione ed esecuzione di un contratto o dell’esecuzione di misure pre e post contrattuali (es. predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni). Il trattamento dei Suoi dati potrà altresì avvenire in conformità ad un obbligo di legge (es. per adempiere alle disposizioni normative vigenti in materia di prevenzione dell’utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo internazionale). Per finalità amministrativo-contabili, Poste Vita potrà comunicare i Suoi dati personali a Poste Italiane S.p.A. e/o società del Gruppo Poste Italiane. Tali trattamenti sono connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati (in particolare: attività organizzative interne, quelle funzionali all’adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, alla tenuta della contabilità e all’applicazione delle norme in materia fiscale, previdenziale-assistenziale, di salute, igiene e sicurezza sul lavoro).

Per queste finalità il conferimento dei dati è necessario, in mancanza dello stesso non è possibile fornirLe il servizio richiesto.

Il trattamento dei Suoi dati personali potrà inoltre essere considerato lecito quando:

- è necessario per l’esecuzione di un compito svolto nel pubblico interesse;
- è basato sul diritto dell’Unione o di uno Stato membro per l’esercizio di pubblici poteri;
- è necessario per proteggere un interesse essenziale per la vita dell’interessato o di un’altra persona fisica;
- è effettuato per finalità diverse da quelle per le quali i dati personali sono stati inizialmente raccolti, se compatibile con le finalità per le quali i dati personali sono stati inizialmente raccolti;
- è effettuato per legittimo interesse del Titolare del trattamento, o di terzi.

Inoltre, Poste Vita potrà trattare i Suoi dati personali nel caso in cui Lei avesse rilasciato un esplicito e facoltativo consenso per attività di marketing, ovvero per attività di profilazione

Infine, per la fornitura di prodotti e/o servizi assicurativi, Poste Vita ha la necessità di trattare particolari categorie di dati personali, quali dati personali che rivelino l’origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, l’appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all’orientamento sessuale della persona, salva diversa disposizione di legge. Il Suo consenso esplicito per il trattamento di tali dati è raccolto nei limiti delle sole finalità assicurative sopra descritte, verrà richiesto all’interno di specifica modulistica messa a disposizione dell’Interessato.

Poste Vita potrà effettuare trattamento di dati personali relativi a condanne penali e reati esclusivamente nei casi autorizzati dalla legge o dall’Autorità pubblica.

CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI

Senza che sia necessario un consenso esplicito, Poste Vita potrà comunicare i Suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

- intermediari assicurativi e riassicurativi ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto di Poste Vita;
- società di servizi informatici, telematici e di telecomunicazione; società per la lavorazione, elaborazione e archiviazione dei dati; società di servizi postali per le comunicazioni dirette agli interessati; società (es.

- call center) per attività di assistenza, pubblicità, promozioni, ricerche di mercato e rilevazioni del grado di soddisfazione della clientela; società di revisione e certificazione delle attività svolte da Poste Vita anche nell'interesse della clientela; società di assistenza e consulenza; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; soggetti che svolgono attività di garanzia assegni;
- autorità e organi di vigilanza e controllo e in generale soggetti, pubblici o privati, con funzioni di rilievo pubblicistico (es. IVASS, CONSOB, COVIP, ANIA, CIRT, CONSAP, Banca d'Italia, UIF, ecc.); soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi ai danni degli intermediari finanziari.
 - soggetti che operano, ad esempio, in materia di sistemi elettronici, assistenza, consulenza, qualità, marketing, stampa e imbustamento, servizi finanziari e assicurativi, recupero crediti, revisione e certificazione, lavorazioni massive di documenti;
 - soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata per adempiere a prescrizioni dettate da normative nazionali e comunitarie (ad esempio: antiriciclaggio, prevenzione delle frodi sulle carte di pagamento, accertamenti fiscali e tributari, prestazione di servizi di investimento) nonché a disposizioni impartite da Organi di Vigilanza e Controllo.

Inoltre, per finalità amministrativo-contabili Poste Vita potrà comunicare i dati personali alle Società del Gruppo Poste Italiane. Tali trattamenti sono connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati.

ORIGINE DEI DATI PERSONALI

I dati personali che Poste Vita tratta sono raccolti presso l'interessato, al momento della richiesta del prodotto o del servizio oppure nel corso del rapporto contrattuale nonché, presso altri soggetti inerenti al rapporto contrattuale e/o intermediari assicurativi e riassicurativi

I dati personali possono altresì, essere raccolti, telefonicamente tramite Contact center o corrispondenza elettronica, oppure possono essere ottenuti attraverso altri canali quali, ad esempio, siti web. I Suoi dati possono essere associati a identificativi online prodotti dai dispositivi, dalle applicazioni, dagli strumenti e dai protocolli utilizzati, quali gli indirizzi IP, a marcatori temporanei (cookies) o a identificativi di altro tipo. Tali identificativi possono lasciare tracce che, se combinate con identificativi univoci e altre informazioni ricevute dai server, possono essere utilizzate, con il Suo consenso, per creare profili individuali.

MODALITÀ DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE DEI DATI

Il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato in modo da garantire un'adeguata sicurezza e riservatezza e da impedire l'accesso o l'utilizzo non autorizzato dei dati personali. Pertanto, i Suoi dati personali saranno trattati e conservati nel pieno rispetto dei principi di necessità, minimizzazione dei dati e limitazione del periodo di conservazione, mediante l'adozione di misure tecniche ed organizzative adeguate al livello di rischio dei trattamenti e per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, comunque per il periodo previsto dalla legge.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha il diritto di ottenere da Poste Vita l'accesso alle informazioni relative al trattamento (es. finalità, destinatari/categorie di destinatari, periodo di conservazione, etc).

Inoltre, Lei ha la facoltà di esercitare i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE (GDPR) come ad esempio la rettifica, l'integrazione, la limitazione del trattamento dei suoi dati personali, la cancellazione («diritto all'oblio»), l'opposizione al loro trattamento; etc.

Per esercitare i Suoi diritti, può rivolgersi al Presidio Privacy del Fondo tramite i seguenti canali: e-mail: privacy@postevita.it, posta tradizionale: Viale Europa 190, 00144 - Roma.

Qualora ritenesse che i trattamenti effettuati da Poste Vita possano aver violato le norme del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali, ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 77 del Regolamento 2016/679/UE.

DATA PROTECTION OFFICER

Il Data Protection Officer (DPO) è il Responsabile della protezione dei dati personali ed è designato dal Titolare per assolvere alle funzioni espressamente previste dal Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali. Il DPO è reperibile presso l'ufficio del Responsabile della Protezione dei Dati di Poste Italiane, in Viale Europa, 175 - 00144 Roma, email: ufficiorpd@posteitaliane.it.

L'informativa completa è disponibile sul sito: <http://www.postevita.it/>



Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

GUIDA AL PIANO SANITARIO 6 - LTC E CI

Edizione Gennaio 2019

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Sede legale:

Viale Europa, 190 • 00144 Roma

Tel. (+39) 06 549241

Fax (+39) 06 54924203

Posteitaliane

Postevita
GruppoAssicurativoPostevita