

# FONDO SANITARIO

## *PRESENTAZIONE*

# ***FONDO SANITARIO PER I DIPENDENTI DEL GRUPPO POSTE ITALIANE***

Destinatari del Fondo sono tutti i dipendenti in servizio con un'età massima di 70 anni.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento, esodo incentivato o accesso al fondo di solidarietà, il dipendente mantenere, a proprio carico, il diritto alle coperture sanitarie versando la quota annua dovuta. In tal caso il soggetto è assicurabile fino al compimento dei 75 anni di età.

Il fondo prevede due PIANI **BASE** – a carico dell'azienda

**PLUS** – a totale carico del dipendente

# ***PIANO BASE PRESTAZIONI***

- ✓ Ricovero in istituto di cura per **GRAVI INTERVENTI CHIRURGICI**
- ✓ Indennità sostitutiva giornaliera per **GRAVI INTERVENTI CHIRURGICI**
- ✓ **Diagnostica** di Alta Specializzazione
- ✓ **Visite Specialistiche** Ambulatoriali
- ✓ **Mamma e Bambino**
- ✓ Prevenzione **Cardiovascolare** ed **Oncologica**
- ✓ Prestazioni **Odontoiatriche**

# *Ricovero in Istituto di cura per Gravi Interventi Chirurgici*

- Rimborso massimo annuale per assistito: € 75.000
- Rimborso massimo per evento: € 50.000
- Copertura totale delle seguenti voci legate al ricovero (se in struttura convenzionata, altrimenti scoperto del 20%):
  - Onorari chirurgo ed equipe
  - Diritti di sala operatoria
  - Materiale necessario per l'intervento ed apparecchi protesici
  - Assistenza medica e specialistica, medicinali ed esami erogati durante il periodo di ricovero
- Retta di degenza e retta per accompagnatore: € 300 / 55 al giorno
- Assistenza infermieristica individuale privata: max € 50 al giorno
- Viaggio e trasporto dell'assistito e di un accompagnatore da e all'Istituto di cura o tra due Istituti di cura : max rimborsabile € 750 per ricovero con scoperto del 20%
- Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuate nei 90 gg prima del ricovero e prestazioni sanitarie effettuate nei 90 gg successivi al ricovero: rimborso max annuo per assistito € 1850, rimborso max per evento €850, con scoperto del 15% su strutture convenzionate e del 40% fuori dal circuito convenzionato

# *Indennità sostitutiva per Grandi Interventi Chirurgici*

Si applica nel caso in cui l'assistito non richieda alcun rimborso né per il ricovero, né per altra prestazione ad esso correlata.

L'indennità corrisponde a € 100 al giorno per ogni giorno di ricovero con pernottamento, per un massimo di 30 giorni per ciascun evento.

# *Diagnostica di Alta Specializzazione*

Rimborso annuo massimo per assistito: € 1750

Se ci si rivolge alle strutture convenzionate si applica una franchigia di 25 €

Se ci si rivolge fuori dal Network convenzionato c'è uno scoperto del 50% con un minimo NON indennizzabile di 80 €

## *Visite Specialistiche Ambulatoriali*

Rimborso annuo massimo per assistito: €600, per ogni visita specialistica resta a carico dell'assistito l'importo di €25 se la visita viene effettuata presso la rete convenzionata, altrimenti il rimborso massimo per ogni visita è di €40

# *Mamma e Bambino*

## ACCERTAMENTI PRE PARTO – ECOGRAFIE -

Massimo rimborso annuo €300, con un minimo NON indennizzabile di €25 ed uno scoperto del 30% nelle strutture convenzionate e del 50% fuori dalle strutture convenzionate

## INDENNITA' SOSTITUTIVA PER IL PARTO

Prevista solo per il Ricovero nelle strutture del SSN. L'indennità è di €35 per ogni giorno di ricovero, fino ad un massimo di 7 giorni.

## NEONATO

Copertura spese per interventi (comprese visite, accertamenti, retta accompagnatore) effettuati nel primo anno di vita del neonato al fine di correggere malformazioni congenite. La copertura è di €2500.



## *Prevenzione Cardiovascolare ed Oncologica*

Le prestazioni, di cui è previsto un elenco tassativo, sono riconoscibili in un'unica soluzione, erogate una volta ogni tre anni, solo per assistiti con età superiore ai **45** anni.

L'elenco è differenziato tra UOMO e DONNA e comprende una serie di **esami**, oltre ad **E.C.G.** di Base e specifiche **ecografie** (Prostatica e vescicale per l'uomo, mammografia bilaterale per la donna).

Rimborso massimo per assistito €150, con un minimo NON indennizzabile €25 e franchigia minima del 10%.

# *Prestazioni Odontoiatriche*

- **Diagnosi e prevenzione:** 2 visite l'anno, 2 RX, 2 ablazioni del tartaro (per le ablazioni è prevista una franchigia di € 35)
- **Emergenza Odontoiatrica:** 1 visita, 1 RX, trattamento di pronto soccorso, 1 otturazione/ricostruzione temporanea
- **Conservativa:** 2 otturazioni gratuite se di 1 superficie, se riguardano 2 o 3 superfici c'è una franchigia di 10 €

# ***PIANO PLUS***

## ***PRESTAZIONI***

- RENDITA ANNUA pagata per tutta la vita in caso di **NON AUTOSUFFICIENZA**  
€12.000
- RIMBORSO TICKET SANITARI per **accertamenti diagnostici** e di **Pronto Soccorso**  
max €300 annuo con un max di rimborso singolo di €35
- CAPITALE FISSO per diagnosi di **GRAVE MALATTIA**  
€10.000
- CAPITALE FISSO in caso di **DECESSO** DA MALATTIA O INFORTUNIO  
€30.000

# ***COSTI A CARICO DEL DIPENDENTE***

Sono a carico del dipendente, con trattenuta in busta paga, il costo relativo al pacchetto PLUS, nonché l'eventuale estensione della copertura ai familiari.

In questo caso verranno assicurati tutti i componenti del nucleo familiare, indipendentemente dal loro numero, e con le stesse garanzie previste per il dipendente\*:

**IPOTESI BASE per il nucleo familiare € 18,75**

**IPOTESI BASE se è assicurato solo il dipendente € 10,25**

**se è assicurato il nucleo familiare € 44,38**

\*ciò significa che se il dipendente opta per l'ipotesi plus, obbligatoriamente tale pacchetto deve essere sottoscritto nell'estensione familiare.