POSTEVITAFONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Guida al Piano Sanitario per il personale non dirigente di Poste Italiane SpA e delle società del Gruppo Poste Italiane

Versione 150 €

POSTEVITAFONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Sommario

TBD

POSTEVITAFONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Piano Sanitario per il personale non dirigente di Poste Italiane SpA e delle società del Gruppo Poste Italiane.

Il presente piano sanitario - opzioni BASE e PLUS - (di seguito il "Piano sanitario" o il "Piano") è stato costituito *ad hoc* dal Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita (di seguito, il "**Fondo**") per il personale non dirigente di Poste Italiane SpA e delle società del gruppo Poste Italiane che vi hanno aderito con accordo collettivo del ..... Il Piano è finalizzato a fornire copertura ai rischi sanitari, come nello stesso individuati. Pertanto, ciascuna società appartenente al Gruppo Poste Italiane, potrà singolarmente richiedere al Fondo di aderire al presente Piano Sanitario.

Eventuali modifiche potranno essere apportate esclusivamente nel rispetto di quanto previsto dall'art. 12 co. 12 del Regolamento Adesioni Collettive del Fondo ovvero nel caso in cui il Fondo ritenga di accogliere le eventuali proposte avanzate in sede di Osservatorio Paritetico sulla Sanità Integrativa, come di seguito meglio definito.

Come previsto dall'accordo collettivo del....., il Piano sanitario ha durata fino al 31/12/2018, data di scadenza del CCNL per il personale non dirigente di Poste Italiane S.p.A.. Tre mesi prima della scadenza sopra indicata le Parti stipulanti l'accordo di adesione al Fondo si incontreranno per definire le condizioni di prosecuzione dell'assistenza sanitaria integrativa, da sottoporre al Fondo medesimo per il successivo rinnovo delle coperture sanitarie. Il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita è una forma di assistenza sanitaria complementare a gestione convenzionata, che affida 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**", Critical Illnes, Copertura Caso Morte **"TCM"**) 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.

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 il Fondo e le compagnie assicurative. 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, consegnato a ciascun Assistito.

Guida per gli Assistiti

La Guida illustra le prestazioni offerte dal Fondo in merito al Piano sanitario per il personale non dirigente di Poste Italiane SpA e delle società del Gruppo Poste Italiane con indicazione delle procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedervi.

Per le definizioni utilizzate nel documento, salvo ove diversamente specificato, si rinvia a quanto indicato nel Glossario contenuto nell'Allegato 7. Il Fondo si avvale di una rete di convenzionamenti diretti, messi a diposizione dal TPA (Poste Welfare Servizi S.p.A.) della compagnia Poste Assicura S.p.A., e stipulati con più di 5.000 ~~4.000~~ 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 ed entro i 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 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

Il Piano Sanitario si rivolge al personale dipendente non dirigente, con contratto a tempo indeterminato, terminato l'eventuale periodo di prova, ivi inclusi gli apprendisti, di Poste Italiane S.p.A. e delle società del gruppo Poste Italiane che applicano il CCNL per il personale non dirigente di Poste Italiane S.p.A. (d'ora in poi, per brevità, convenzionalmente denominate "**Datore**" o "**Società**"). In particolare, il presente Piano si intenderà applicabile al personale dipendente non dirigente, con contratto a tempo indeterminato, terminato l'eventuale periodo di prova, ivi inclusi gli apprendisti (di seguito, per brevità, convenzionalmente denominati "**Dipendenti**" o "**Dipendente**" al singolare), delle Società che avranno manifestato singolarmente l'interesse ad aderire al Fondo.

I dipendenti, fruitori delle prestazioni erogate dal Fondo secondo le previsioni dello Statuto, del Regolamento del Fondo e del presente Piano Sanitario, possono estendere l'iscrizione anche ai componenti del proprio nucleo familiare.

Per "nucleo familiare" si intende:

1. il coniuge o l'unito civilmente;
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).

Questi soggetti, assieme ai Dipendenti, quando regolarmente iscritti al Fondo sono definiti "**Assistiti**" o "**Assistito**" se al singolare.

Limiti di età

La copertura vale per i Dipendenti di età massima non superiore a 70 anni, mentre per gli appartenenti al nucleo familiare l'età massima non potrà essere superiore a 65 anni.

Quanti raggiungano l'età massima in vigenza di copertura sono assistiti fino al 31 dicembre dell'annualità in corso.

Deroghe al Regolamento adesioni collettive del Fondo

Per i Dipendenti che saranno iscritti al Fondo e per i quali è stato prescelto il presente Piano, devono intendersi applicabili le seguenti deroghe e/o integrazioni al Regolamento per le adesioni collettive al Fondo.

Adesione al Fondo: integrazione all'art. 2 "Modalità di Adesione" del Regolamento

Nella fase di avvio del Fondo, l'adesione del Dipendente ed eventualmente del proprio nucleo familiare potrà avvenire, per il tramite del Datore, a decorrere dal 1/1/2018 o comunque dalla data di approvazione del presente CCNL ove successiva ~~((60 gg dalla sottoscrizione del CCNL)~~ e fino al 31/03/2018 (~~i 2 mesi successivi~~).

Superata tale fase, le iscrizioni al Fondo potranno intervenire solo a partire dal 1° gennaio dell'anno successivo, dandone comunicazione, per il tramite del Datore, al Fondo con un preavviso di almeno 30 giorni.

Per i dipendenti assunti successivamente alla data di decorrenza dell'adesione della Società al Fondo, l'iscrizione di sé stesso ed eventualmente del proprio nucleo familiare potrà avvenire, per il tramite del Datore, entro e non oltre 3 mesi dal termine dell'eventuale periodo di prova previsto, ovvero, dalla data di assunzione, ove non presente.

Nel caso di variazione del nucleo familiare, il Dipendente potrà optare per l'estensione delle prestazioni al nucleo stesso entro 2 mesi dall'evento che ha dato origine alla suddetta variazione.

Cessazione del rapporto di lavoro e mantenimento delle coperture assicurative: deroghe all'art. 3 "Assistiti", comma 2 del Regolamento

La seguente deroga deve intendersi applicabile esclusivamente in caso di cessazione del rapporto di lavoro del Dipendente, per le seguenti cause:

- quiescenza;
- risoluzione consensuale;

- accesso alle prestazioni straordinarie del Fondo di Solidarietà per i Dipendenti del Gruppo Poste Italiane.

Nei predetti casi, il Dipendente cessato ed il suo nucleo familiare, se destinatari delle prestazioni del "Fondo", potranno mantenere il diritto alle coperture sanitarie previste dal pacchetto "Base" del presente Piano tempo per tempo vigente, fino al compimento dell'età massima di 75 anni del Dipendente cessato; nel caso in cui il coniuge compia i 75 anni prima del Dipendente cessato, decadrà da tale momento dalle coperture assicurative.

La scelta della predetta opzione di prosecuzione dell'iscrizione al Fondo andrà espressamente esercitata dal Dipendente all'atto della cessazione del rapporto lavorativo e con l'impegno a versare, ad esclusivo proprio carico, le quote annue tempo per tempo definite per la categoria "pensionati" dal Fondo.

In caso di decesso del pensionato ex Dipendente del Gruppo Poste Italiane, la copertura sanitaria verrà meno anche per il relativo nucleo familiare, se assistito.

Variazione delle coperture sanitarie e recesso dall'adesione al Fondo da parte dell'Assistito : integrazione all'art. 3 "Assistiti" del Regolamento

Il Dipendente, qualora abbia scelto il pacchetto "Base", potrà successivamente decidere di aderire al pacchetto "Plus" o, viceversa, in caso di avvenuta adesione al pacchetto "Plus" potrà in un secondo momento tornare al solo pacchetto "Base": in tale ultimo caso, non gli sarà però più consentito di opzionare nuovamente il pacchetto "Plus".

Le predette richieste di variazione dei pacchetti a cui aderire, dovranno essere comunicate, per il tramite del Datore, al Fondo esclusivamente entro il mese di novembre di ciascun anno ed avranno efficacia a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo.

La scelta di variazione del pacchetto operata dal Dipendente riguarderà necessariamente anche i componenti del nucleo familiare, se assistiti.

E' facoltà del Dipendente recedere dall'adesione al Fondo con effetto dal primo giorno del mese successivo alla comunicazione, che dovrà avvenire, per il tramite del Datore, con un preavviso di almeno 15 giorni. In tal caso, il venir meno del diritto alle prestazioni da parte del lavoratore comporta l'analoga contestuale cessazione nei riguardi del nucleo familiare, se assistito.

Il recesso è ostativo all'accoglimento di una successiva richiesta di adesione al Fondo.

E' facoltà del Dipendente recedere dalle coperture del Fondo anche solo con riferimento al proprio nucleo familiare; in tale caso, una successiva richiesta di assistenza del nucleo

familiare potrà riguardare esclusivamente i componenti "sopravvenuti" dello stesso rispetto al momento del precedente recesso (nascita di un figlio, matrimonio, ecc.).

Definizione di inabile: integrazione all'art. 4 "Nucleo Familiare", comma 1 del Regolamento

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.

Periodi di carenza: integrazione all'art. 7 "Periodi di Carenza" del Regolamento

In linea con quanto previsto dall'art. 7 comma 3 del Regolamento, per i Dipendenti non trovano applicazione i periodi di carenza delle prestazioni di cui al suddetto articolo 7; pertanto le relative coperture opereranno, anche per i lavoratori assunti successivamente all'avvio dell'operatività del Fondo, a partire dal primo giorno del mese successivo a quello in cui al Fondo perviene, per il tramite del Datore, comunicazione dell'adesione.

Osservatorio Paritetico Sulla Sanità Integrativa

E' istituito a livello nazionale un Osservatorio Paritetico sulla sanità integrativa dei dipendenti delle Società del Gruppo Poste Italiane.

Composizione

L'Osservatorio è costituito da un componente per ciascuna organizzazione sindacale stipulante il presente CCNL e da una adeguata rappresentanza del Gruppo Poste Italiane, nominata da Poste Italiane S.p.A. anche per conto delle Società che rientrano nel campo di applicazione del suddetto CCNL.

I componenti dell'Osservatorio restano in carica fino alla data del rinnovo del CCNL del ..... e possono essere sostituiti da ciascuna delle Parti stipulanti mediante comunicazione scritta da notificare all'altra Parte.

Compiti e attribuzioni

All'Osservatorio sono assegnati i seguenti compiti e attribuzioni:

- monitorare l'andamento della gestione del Piano Sanitario allo scopo di verificarne la rispondenza con le relative finalità istitutive, sulla base delle informazioni e dei

dati forniti dal Fondo stesso, approfondendo anche l'evoluzione legislativa in materia di Fondi Sanitari;

- proporre al Fondo eventuali modifiche alle coperture e prestazioni sanitarie previste dal Piano, sulla base delle risultanze della gestione relativa al precedente esercizio;
- essere preventivamente informato in merito all'eventuale esclusione dal Piano Sanitario degli aderenti che abbiano avuto comportamenti contrari alla correttezza e buona fede;
- proporre al Fondo l'adozione di campagne informative sul Fondo e di prevenzione sanitaria per gli iscritti.

Funzionamento

L'Osservatorio si riunisce almeno due volte all'anno. Gli oneri relativi al funzionamento sono a carico del Gruppo Poste italiane; per quanto attiene alle attività dei singoli componenti, gli stessi saranno considerati in servizio ad ogni conseguente effetto.

Preventivamente alle riunioni del suindicato Osservatorio, e comunque con cadenza semestrale, il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Poste Vita fornirà tutti i dati e le informazioni necessarie per monitorare l'andamento della gestione del Piano sanitario del Gruppo.

Adesione del Datore al Piano Sanitario

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

Decorrenza della copertura per gli Assistiti

La copertura ha effetto dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo a quello in cui al Fondo perviene, per il tramite del Datore, comunicazione dell'adesione del dipendente.

Il Datore si impegna a comunicare tempestivamente al Fondo i dati anagrafici dei dipendenti nei riguardi dei quali deve essere attivata l'assistenza e degli assistiti nei cui confronti si interrompe la copertura.

Ammontare annuo del contributo al Fondo per le prestazioni previste dal Piano Sanitario

Il Piano Sanitario prevede due tipologie di coperture: una copertura "Base" ed una copertura "Plus". Il contributo aziendale concordato con la fonte collettiva consente al Dipendente di fruire di tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario nella versione "Base".

In aggiunta, il Dipendente può, interamente a proprio carico:

- incrementare le coperture sanitarie aderendo al pacchetto opzionale del Piano Sanitario nella versione "Plus" il cui importo è pari a € 123,00 annui;
- estendere al nucleo familiare le prestazioni del presente Piano, versando i seguenti contributi, a seconda del pacchetto prescelto:
    - € 225,00 annui per le prestazioni previste dal pacchetto "Base" del Piano sanitario;
    - € 409,50 annui per le prestazioni previste dal pacchetto "Plus" del Piano Sanitario.

Pertanto in caso di scelta del pacchetto "Plus" per l'intero nucleo familiare (ivi incluso il dipendente) il costo complessivo ammonterà ad € 532,50 annui.

L'accesso alla versione "Plus" o all'estensione al Nucleo Familiare è condizionata alla sussistenza della capacità contributiva del lavoratore, nel rispetto delle norme previste in materia di cessioni e delegazioni.

Per la durata del Piano prevista dall'accordo collettivo l'importo delle quote annue per il pacchetto "Base" per la categoria "pensionati" è pari al costo dell'analogo pacchetto previsto per i dipendenti aumentato del 30% e pertanto pari a:

- € 195,00 per la prosecuzione della copertura prevista dal pacchetto "Base" per il solo ex dipendente
- € 487,50 per la prosecuzione della copertura prevista dal pacchetto "Base" per l'intero nucleo familiare.

Versamento del contributo

Il Datore si impegna a versare trimestralmente, in via posticipata, i contributi dovuti al Fondo secondo le previsioni indicate nella presente Guida. Il versamento trimestrale comprende il rateo relativo al contributo dovuto al Fondo da parte dei Dipendenti per l'eventuale estensione alla opzione "Plus" e per l'eventuale estensione di garanzia al nucleo familiare. I contributi dovuti sono comprensivi sia delle spese del Fondo che dei costi delle prestazioni, sempre nel rispetto dei limiti indicati nel presente Piano.

Il versamento del predetto contributo, deve essere effettuato da parte del Datore aderente, mediante SDD o bonifico bancario, entro il giorno 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 del Datore) 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 Assistiti: è onere del Datore controllare se la distinta è coerente con le trattenute effettuate e con le eventuali segnalazioni fornite dai Dipendenti (iscrizioni/cessazioni/composizione nucleo familare).
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). Scaduto detto termine, la modifica al trimestre di riferimento non è più effettuabile .

Il Fondo, in caso di inesattezza, incompletezza o omissione del versamento, interessa tempestivamente il Datore ai fini della relativa regolarizzazione del pagamento dovuto. Trascorsi 30 giorni dalla data in cui il Fondo ha comunicato al Datore l'inesattezza, l'incompletezza o l'omissione, il Fondo stesso (e pertanto le relative compagnie

assicurative) potrà valutare la sospensione dell'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 nuclei 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 del proprio Datore.

Condizioni di non assistibilità

(persone non coperte)

Ai fini dell'operatività delle garanzie Long Term Care (LTC), Critical Illness e Temporanea Caso Morte (TCM) al momento dell'adesione alla copertura, gli assistiti non devono rientrare in una delle condizioni di non assistibilità previste dall'Allegato 5 alla presente Guida.

L'eventuale incasso del contributo, ove siano verificate le condizioni sopra previste di cui all'Allegato 5, 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 4 e 6 alla presente Guida.

Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie diverse dalla non autosufficienza, dalla Critical Illness e dalla TCM, del Piano Sanitario

Premesso che la richiesta di estendere le prestazioni del presente Piano a favore dei componenti del proprio Nucleo Familiare va effettuata dal Dipendente, gli Assistiti al Piano

Sanitario hanno la possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie, diverse dalla non autosufficienza, dalla Critical Illness e dalla TCM, mediante due modalità:

- **Forma *"indiretta"*:** il Dipendente invia al Fondo le ricevute che attestano le spese sanitarie sostenute dallo stesso o da un Assistito appartenente al suo Nucleo Familiare presso una qualsiasi struttura sanitaria non convenzionata con il medesimo Fondo. Qualora ne sussistano i presupposti, il Dipendente, a cui è attribuito il rimborso del caso, 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 l'Assistito 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, il Dipendente 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 sostitutiva 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 dal Fondo

Il rimborso delle spese avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN comunicate dal Dipendente 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 accettato 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, Critical Illness e TCM previste dall'opzione Plus del Piano Sanitario

Per richiedere l'erogazione di una delle seguenti prestazioni

"Long Term Care" (**LTC**), al verificarsi della condizione di non autosufficienza

"Critical Illness" in caso di grave malattia

"TCM", in caso di decesso

l'Assistito, o l'avente diritto, deve presentare la denuncia direttamente alla Compagnia Assicurativa Poste Vita S.p.A., il soggetto a cui verrà demandata l'erogazione delle prestazioni.

I moduli di denuncia per le diverse tipologie di prestazioni sono direttamente scaricabili dal sito www.postevitafondosalute.it. I moduli devono essere compilati in ogni parte, secondo le istruzioni presenti nel modulo stesso.

Il dettaglio della documentazione da allegare a ciascun modulo di denuncia è esplicitato nella sezione del presente documento relativa alle garanzie "Long Term Care", "Critical Illness" e "TCM".

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 Beethoven, 11
00144, Roma (RM)

L'erogazione della rendita, in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza, ovvero di un Capitale, in caso di Critical Illness o di Decesso, avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario.

Per ulteriori informazioni sull'erogazione della rendita o dei capitali 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.

Assenze e sospensioni del rapporto di lavoro

Nei casi di sospensione del rapporto di lavoro o di assenze (quali, in via esemplificativa e non esaustiva, quelle verificatesi per aspettative o permessi, a qualsiasi titolo, assenze per

malattia, sospensioni dal lavoro, part time ex verticale o ex misto, ecc.), sono mantenuti il diritto alle prestazioni e l'obbligo del versamento della relativa contribuzione.

Nelle ipotesi sopra indicate, qualora si verificasse una situazione di temporanea incapienza della retribuzione, l'Azienda – oltre al regolare versamento della contribuzione a proprio carico - provvederà ad anticipare al Fondo l'importo del contributo a carico del dipendente, ove presente, procedendo al relativo recupero dal lavoratore in un'unica soluzione con le prime competenze utili.

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 Beethoven, 11, 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 alle garanzie LTC, Critical Illness, TCM (erogazione rendita, Capitali, ecc.), inviare apposita comunicazione scritta a Poste Vita S.p.A. Ufficio Customer Experience e Assistenza Clienti, Viale Beethoven 11,00144 – 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 Beethoven, 11,, 00144 – Roma).

Nomenclatore delle garanzie incluse nel Piano Sanitario

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 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 prevede due tipologie di pacchetti di prestazioni, di cui uno opzionale e cumulabile con l'altro:

Il pacchetto "Base" che prevede le seguenti prestazioni:

1. **Ricovero in Istituto di cura per i Grandi Interventi Chirurgici;**
2. **Indennità sostitutiva giornaliera per i Grandi Interventi Chirurgici;**

3. **Diagnostica di Alta Specializzazione;**
4. **Visite specialistiche ambulatoriali;**
5. **Mamma e Bambino;**
6. **Prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica (solo rete convenzionata);**
7. **Prestazioni odontoiatriche (solo rete convenzionata);**

Un pacchetto opzionale "Plus" che prevede le seguenti prestazioni cumulabili a quelle previste dal pacchetto "Base":

1. **Rendita mensile pagata per tutta la vita in caso di non autosufficienza;**
2. **Rimborso Ticket Sanitari per accertamenti diagnostici e di pronto soccorso;**
3. **Capitale fisso pagato alla diagnosi di una grave malattia;**
4. **Capitale fisso pagato nel caso di decesso da malattia o infortunio;**

Nomenclatore delle prestazioni previste dal pacchetto Base

1 – Ricovero in istituto di cura per i grandi interventi chirurgici

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni di seguito riportate:

Descrizione	*Condizioni del rimborso*
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 75.000,00**
Massimo rimborso per evento	**€ 50.000,00**
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio) **Diritti di sala operatoria** **Materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante**	**Rimborsabile al 100% nei limiti del massimale se effettuato nella rete convenzionata, altrimenti scoperto 20%**

l'intervento (endoprotesi) **Assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero**	
Retta di degenza (non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie)	**Fino a € 300 al giorno**
Retta per l'accompagnatore (in istituto di cura, o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera)	**Fino a € 55 al giorno – Max 30 giorni per ricovero**
Assistenza infermieristica individuale privata	**Fino a € 50 al giorno – Max 30 giorni 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% - Massimo rimborsabile € 750 per ricovero**
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, nonché le prestazioni sanitarie nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero stesso (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni chirurgiche e infermieristiche, terapie), purché correlate all'intervento. **In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi**	**Massimo Rimborso per anno/Assistito € 1.850** **Massimo Rimborso per evento € 850** **Nelle strutture convenzionate scoperto 15%** **Fuori dalle strutture convenzionate scoperto 40%**

Nel caso di trapianto d'organi o parte di essi all'Assistito saranno corrisposte anche:

- le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle per il trasporto dell'organo;
- le spese effettuate durante il ricovero del donatore (nel caso di donazione da vivente).

Per il dettaglio dei grandi interventi chirurgici si rinvia all'elenco disponibile in allegato (Allegato 1).
Il rimborso di tale garanzia può avvenire:

- in "forma indiretta"; oppure
- in "forma diretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", in caso di Ricovero in Istituto di cura per i grandi interventi chirurgici, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità previste per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano sanitario", deve trasmettere:

- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica.

L'Assistito, per ottenere il rimborso in "forma indiretta" in caso di accertamenti diagnostici e visite specialistiche pre-ricovero, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità previste per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano sanitario", deve trasmettere:

- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della richiesta del medico con descrizione dell'intervento da eseguire.

L'Assistito, per ottenere il rimborso in "forma indiretta" in caso di accertamenti diagnostici e visite specialistiche post-ricovero, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità previste per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano sanitario", deve trasmettere:

- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica.

2 – Indennità sostitutiva per i grandi interventi chirurgici

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni di seguito riportate:

Descrizione	*Condizioni del rimborso*
Indennità sostitutiva per i Grandi Interventi Chirurgici, applicabile se l'Assistito non richiede alcun rimborso né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa	**Fino a € 100 per ogni giorno di ricovero con pernottamento –** **Max 30 giorni per ciascun ricovero**

Per il dettaglio dei grandi interventi chirurgici vedere l'elenco disponibile in allegato (Allegato 1).

Il rimborso di tale garanzia può avvenire in sola forma "indiretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità previste per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano sanitario", deve trasmettere:

- copia della cartella clinica.

Tale garanzia si applica quando l'Assistito non richiede il rimborso al Fondo di assistenza sanitaria integrativa Postevita delle spese di ricovero.

3 – Diagnostica di Alta Specializzazione

Per usufruire della garanzia in oggetto è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
La garanzia è applicata con i limiti ed alle condizioni di seguito riportate:

Descrizione	*Condizioni del rimborso*
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 1.750**
Quote di rimborso	

Nelle strutture sanitare convenzionate	**Minimo non indennizzabile, che rimane a carico dell'Assistito, € 25 per ogni prestazione**
Fuori dalle strutture sanitare convenzionate	**Scoperto 50% - Minimo non indennizzabile, che rimane a carico dell'Assistito, € 80 per accertamento diagnostico o ciclo di terapia**

Si specifica che il plafond disponibile (cosiddetto massimo rimborso) si raggiunge sommando gli importi liquidati dalla compagnia.

Per il dettaglio della diagnostica di alta specializzazione vedere l'elenco disponibile in allegato (Allegato 2).

Il rimborso di tale garanzia può avvenire:

- in "forma indiretta", oppure
- in "forma diretta"

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità previste per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano sanitario", deve trasmettere:

- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa;

4 – Visite specialistiche ambulatoriali

E' previsto il rimborso per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, (escluse le visite odontoiatriche). Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.
Per il rimborso della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
I documenti di spesa (fatture e/o ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La garanzia è applicata con i limiti ed alle condizioni di seguito riportate:

Descrizione	*Condizioni del rimborso*
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 600**
Quote di rimborso	
Nelle strutture sanitare convenzionate	**Quota non indennizzabile, che rimane a carico dell'Assistito, € 25 per ogni prestazione**
Fuori dalle strutture sanitare convenzionate	**Massimo rimborso € 40 per ogni prestazione**

Si specifica che il plafond disponibile (cosiddetto massimo rimborso) si raggiunge sommando gli importi liquidati dalla compagnia.

Il rimborso di tale garanzia può avvenire:

- in "forma indiretta", oppure
- in "forma diretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità previste per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal Piano sanitario", deve trasmettere:

- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite, da cui risulti in maniera inequivocabile il titolo di specializzazione del medico chirurgo che ha eseguito la prestazione; e
- copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

5 – Mamma e Bambino

Per il rimborso delle spese sostenute per ecografie effettuate durante la gravidanza, la stessa deve essere comprovata da idonea certificazione medica.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni di seguito riportate:

Descrizione	*Condizioni del rimborso*
ACCERTAMENTI PRE PARTO	
Massimo Rimborso per anno/Assistito per Ecografie effettuate durante la gravidanza (comprovata da idonea certificazione medica)	**€ 300**
Quote di rimborso (per Ecografie)	
Nelle strutture sanitare convenzionate	**Scoperto 30% - Minimo non indennizzabile di € 25 per prestazione**
Fuori dalle strutture sanitare convenzionate (o personale non convenzionato)	**Scoperto 50% - Minimo non indennizzabile di € 25 per prestazione**
INDENNITA' SOSTITUTIVA PER IL PARTO	
Indennità sostitutiva Ricovero Parto solo in SSN	**Fino a € 35 per ogni giorno di ricovero con pernottamento – Max 7 giorni**
NEONATO	
Spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta per l'accompagnatore per il periodo del ricovero	**Fino a € 2.500 all'anno per Assistito**

Il rimborso di tale garanzia può avvenire:

- in "forma indiretta", oppure
- in "forma diretta".

In caso di accertamenti pre-parto (ecografie), l'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità previste per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano sanitario", deve trasmettere:

- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia del certificato di gravidanza rilasciato dal medico curante.

In caso di Indennità sostitutiva ricovero parto, l'Assistito per ottenere il rimborso, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità previste per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano sanitario", deve trasmettere:

- copia della cartella clinica.

In caso di garanzia neonato, l'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità previste per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano sanitario", deve trasmettere:

- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica.

Tale garanzia si applica fino al compimento del primo anno di età

6– Prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni di seguito riportate:

Il rimborso di tale garanzia può avvenire solo in "forma diretta" in rete convenzionata.

Le prestazioni di tale garanzia sono riconoscibili ogni tre anni per Assistito/a con età superiore a 45 anni.

Descrizione	*Condizioni del rimborso*
Massimo Rimborso per Assistito per prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica	**€ 150 ogni tre anni** **Solo per Assistiti con età superiore a 45 anni** **Le prestazioni previste effettuabili solo in forma diretta, devono essere effettuate in un'unica soluzione**
Quote di rimborso	**Scoperto 10% con minimo non indennizzabile di € 25**

Per il dettaglio della prevenzione cardiovascolare e oncologica vedere l'elenco disponibile in allegato (Allegato 3).

7 – Prestazioni odontoiatriche

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni odontoiatriche, secondo le condizioni e le franchigie di seguito descritte:

Il rimborso della garanzia può avvenire solo in "forma diretta" in rete convenzionata.

Descrizione	*Condizioni del rimborso*	*Franchigia*
Diagnosi e Prevenzione	**2 visite l'anno** **2 RX endorali l'anno** **Prima ablazione tartaro annuale** **Seconda ablazione tartaro annuale**	**€ 35** **€ 35**
Emergenza Odontoiatrica	**1 visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica** **1 RX endorale** **1 Trattamento di pronto soccorso** **1 otturazione/ricostruzione temporanea**	
Conservativa	**2 otturazioni gratuite l'anno**	

	Otturazione 1 superfice	
	Otturazione 2 superfici	**€ 10**
	Otturazione 3 superfici	**€ 10**

Nomenclatore delle prestazioni aggiuntive previste dal pacchetto opzionale Plus

Il pacchetto opzionale "Plus", cumulabile al pacchetto "Base", prevede le seguenti prestazioni:

1. **Rendita mensile pagata per tutta la vita in caso di non autosufficienza;**
2. **Rimborso Ticket Sanitari per accertamenti diagnostici e di pronto soccorso;**
3. **Capitale fisso pagato alla diagnosi di una grave malattia;**
4. **Capitale fisso pagato nel caso di decesso da malattia o infortunio;**

1 Plus – Rendita mensile pagata per tutta la vita in caso di 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 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,...) 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., il certificato di permanenza in vita.

Rendita Vitalizia per non autosufficienza (LTC)	
Rendita annua/Assistito	**€ 12.000, per anno/persona (€ 1.000 al mese)**

Per il dettaglio delle condizioni di assistibilità e delle esclusioni della garanzia per non auto sufficienza si vedano gli elenchi disponibili in allegato (Allegati 5 e 6.1).

Per ottenere l'erogazione della rendita, in caso di insorgenza dello stato di "non autosufficienza" l'Assistito, 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'Assistito, 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.
Ufficio Gestione Liquidazioni Vita
Viale Beethoven 11
00144 Roma

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

- il "Modulo denuncia dello stato di non autosufficienza" compilato dall'Assistito (o da persona legittimata a farlo per suo conto);
- copia di un documento identificativo e del codice fiscale dell'Assistito;
- il questionario di "non autosufficienza" compilato in ogni sua parte a cura dell'Assistito (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'Assistito 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'Assistito anche tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere tutti gli esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso.

Accertato lo stato di Non Autosufficienza dell'Assistito 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'Assistito 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.

2 Plus –Rimborso Ticket Sanitari per accertamenti diagnostici e di pronto soccorso

E' previsto il rimborso dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici e di pronto soccorso conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

Descrizione	*Condizioni del rimborso*
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 300**
Massimi Rimborso per ticket	**€ 35**

Il rimborso di tale garanzia può avvenire in forma "indiretta" e in forma "diretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità previste per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:

- copia del ticket.
- copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

3 Plus –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 a 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 dellAJCC 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.

Ferme le esclusioni e le altre limitazioni e condizioni previste ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione e riepilogate nell'Allegato 6.2, il riconoscimento della condizione di malattia grave, **a condizione che l'Assistito sia in vita una volta trascorsi 30 giorni dalla diagnosi stessa da diritto all'erogazione della seguente prestazione in forma di capitale fisso:**

Capitale Fisso per Grave malattia (Critical Illness)	
Capitale fisso /Assistito	**€ 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.
Ufficio Gestione Liquidazioni Vita
Viale Beethoven 11

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.

4 Plus – Capitale fisso pagato nel caso di decesso da malattia o infortunio (TCM)

In caso di decesso di un Assistito, qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni richiamate nelle Condizioni di Assicurazione e sintetizzate nell'Allegato 6.3. è prevista la liquidazione di un capitale, da corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto in un'unica soluzione, pari a:

Capitale Fisso nel caso di decesso da malattia o infortunio (TCM)	
Capitale fisso /Assistito	**€ 30.000, una tantum**

La prestazione è estesa anche al caso in cui, in conseguenza di un unico evento, decedano più assistiti del Piano. In tal caso la prestazione complessiva garantita dal Fondo agli assistiti, per il tramite della Compagnia PosteVita S.p.A., sarà corrisposta fino ad un importo complessivo massimo pari a tre milioni di euro.

In caso di decesso dell'Assistito gli aventi diritto devono dare immediata comunicazione dell'accaduto alla compagnia, tramite raccomandata con avviso di ricevimento, al seguente indirizzo:

Poste Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Liquidazioni Vita
Viale Beethoven 11
00144 Roma

Si richiama l'attenzione 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, occorre inviare, sempre a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, la seguente documentazione necessaria a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto:

- il "Modulo denuncia di Decesso Assistito" compilato e firmato dagli aventi diritto;

- Copia di un documento identificativo e del codice fiscale di ogni beneficiario avente diritto;
- certificato di morte dell'Assistito;
- atto di notorietà da cui risulti l'esistenza o meno di testamento e, in caso affermativo, copia autentica del testamento pubblicato. Nel caso in cui la designazione beneficiaria sia genericamente determinata, dall'atto notorio dovrà risultare l'elenco di tutti gli eredi con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, dello stato civile, della capacità di agire di ciascuno di essi, del rapporto e grado di parentela con l'Assicurato e con l'esplicita dichiarazione che oltre a quelli elencati non esistono, né esistevano alla morte dell'Assicurato, altre persone aventi comunque diritto per legge alla successione;
- nel caso in cui tra i Beneficiari vi siano soggetti minori od incapaci, il decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta con esonero di Poste Vita S.p.A. da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa;
- documentazione di carattere sanitario (cartelle ed esami clinici) e, in caso di ricovero precedente il decesso, cartella clinica dell'Ospedale;
- in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio) a causa della quale sia intervenuta l'Autorità Giudiziaria 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 del decesso;

Eventuali ulteriori documenti potranno essere richiesti dalla compagnia Poste Vita S.p.A. nel caso in cui quelli precedentemente elencati non risultassero sufficienti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e/o ad individuare con esattezza gli aventi diritto.

Il pagamento sarà direttamente effettuato dalla compagnia 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.

Imposta di Bollo su ricevute

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 di 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.

Allegato 1 Elenco Grandi Interventi Chirurgici

(valido per il Piano Sanitario Dipendenti società del Gruppo Poste Italiane)

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	
Cardiochirurgia	
	BYPASS AORTO CORONARICI MULTIPLI (C.E.C.)
	BYPASS AORTO CORONARICO SINGOLO (C.E.C.)
	CARDIOCHIRURGIA A CUORE APERTO, IN ETÀ ADULTA O NEONATALE, COMPRESI ANEURISMI O SOSTITUZIONI VALVOLARI MULTIPLE O SOSTITUZIONE AORTICA O PLASTICA DELL'AORTA (C.E.C.), SALVO GLI INTERVENTI SPECIFICATI
	COMMISUROTOMIA PER STENOSI MITRALICA
	FERITE O CORPI ESTRANEI O TUMORI DEL CUORE O PER TAMPONAMENTO, INTERVENTI PER
	FISTOLE ARTEROVENOSE DEL POLMONE, INTERVENTI PER
	MASSAGGIO CARDIACO INTERNO
	PERICARDIECTOMIA PARZIALE
	PERICARDIECTOMIA TOTALE
	REINTERVENTO CON RIPRISTINO DI C.E.C.
	SEZIONE O LEGATURA DEL DOTTO ARTERIOSO DI BOTALLO
	SOSTITUZIONE VALVOLARE IN HEART PORT
	SOSTITUZIONE VALVOLARE SINGOLA (C.E.C.)
	SOSTITUZIONI VALVOLARI CON BY-PASS AORTO CORONARICI (C.E.C.)
	TRAPIANTO CARDIACO (OMNICOMPRENSIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
	VALVULOPLASTICA CARDIOCHIRURGICA
Cardiologia interventistica	
	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASO SINGOLO CON O SENZA TROMBOLISI COMPRENSIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS
	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASI MULTIPLI CON O SENZA TROMBOLISI COMPRENSIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS
Chirurgia della mammella	
Per gli interventi di chirurgia demolitiva è compresa la ricostruzione plastica mammaria (escluse protesi). L'intervento chirurgico di posizionamento o sostituzione di protesi mammaria è riconosciuto solo a seguito di chirurgia demolitiva per neoplasia. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.	
	MASTECTOMIA RADICALE, QUALSIASI TECNICA, CON LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	MASTECTOMIA SEMPLICE TOTALE CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE
	MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA
	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO), SENZA ALTRE LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	QUADRANTECTOMIA SENZA LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE

	TUMORECTOMIA O QUADRANTECTOMIA CON RESEZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
Chirurgia generale	
Interventi chirurgici minori	
Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali. Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Tumori profondi extracavitari: tumore del muscolo scheletrico, tumore o lesione similtumorale fibrosa.	
	TUMORE PROFONDO MALIGNO TRONCO/ARTI, ASPORTAZIONE DI
Collo	
	PARATIROIDI - TRATTAMENTO COMPLETO, INTERVENTO SULLE
	PARATIROIDI, REINTERVENTI
	TIROIDECTOMIA TOTALE, O TOTALIZZAZIONE DI TIROIDECTOMIA, QUALSIASI VIA DI ACCESSO, SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER GOZZO MEDIASTINICO, INTERVENTO PER
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE
	TUMORE MALIGNO DEL COLLO, ASPORTAZIONE DI (ESCLUSO I CASI DESCRITTI)
Esofago	
	DIVERTICOLI DELL'ESOFAGO CERVICALE (COMPRESA MIOTOMIA), INTERVENTO PER
	ESOFAGECTOMIA TOTALE CON ESOFAGOPLASTICA, IN UN TEMPO, COMPRESA LINFOADENECTOMIA
	ESOFAGO CERVICALE, RESEZIONE DELL', CON ESOFAGOSTOMIA
	ESOFAGO, RESEZIONE PARZIALE DELL' , CON ESOFAGOSTOMIA
	ESOFAGO-GASTRECTOMIA TOTALE, PER VIA TORACO-LAPAROTOMICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	MEGAESOFAGO, INTERVENTO PER
	MEGAESOFAGO, REINTERVENTO PER
	VARICI ESOFAGEE: INTERVENTO TRANSTORACICO O ADDOMINALE
Stomaco - Duodeno	
	FISTOLA GASTRO-DIGIUNO-COLICA, INTERVENTO PER
	GASTRECTOMIA PARZIALE O SUBTOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)
	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ANCHE ESTESA
	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ESTESA CON SPLENOPANCREASECTOMIA SINISTRA ASSOCIATA
	GASTRECTOMIA TOTALE PER PATOLOGIA BENIGNA
	RESEZIONE GASTRO DUODENALE
	RESEZIONE GASTRO-DIGIUNALE PER ULCERA PEPTICA ANASTOMOTICA
	VARICI GASTRICHE (EMOSTASI CHIRURGICA)
Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano	
Trattamenti terapeutici iniettivi: trattamento con tossina botulinica per le ragadi anali e trattamento con sclerosanti per le emorroidi.	
	AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE SEC. MILES, TRATTAMENTO COMPLETO
	ANO PRETERNATURALE, CHIUSURA, RICOSTRUZIONE CONTINUITÀ
	ANOPLASTICA (COME UNICO INTERVENTO)
	BY-PASS GASTRO INTESTINALI O INTESTINALI PER PATOLOGIE MALIGNE
	COLECTOMIA SEGMENTARIA CON LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLOSTOMIA

	COLECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)
	COLECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)
	EMICOLECTOMIA DESTRA CON LINFOADENECTOMIE
	EMICOLECTOMIA SINISTRA CON LINFOADENECTOMIE ED EVENTUALE COLOSTOMIA (HARTMANN ED ALTRE)
	MEGACOLON, INTERVENTO PER
	MEGACOLON: COLOSTOMIA
	PROCTO-COLECTOMIA TOTALE CON POUCH ILEALE
	RESEZIONE DEL SIGMA-RETTO PER PATOLOGIA MALIGNA CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	RESEZIONE RETTO-COLICA ANTERIORE (ANCHE ULTRA BASSA) COMPRESA LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLONSTOMIA
	RETTO, AMPUTAZIONE DEL, PER NEOPLASIA DELL'ANO, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA INGUINALE BILATERALE
	TUMORE MALIGNO DEL RETTO, PER VIA TRANS-ANALE O CON MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANS-ANALE (TEM), ASPORTAZIONE DI
Peritoneo	
	OCCLUSIONE INTESTINALE CON RESEZIONE
Fegato e vie biliari	
	ANASTOMOSI PORTO-CAVA O SPLENO-RENALE O MESENTERICA-CAVA
	COLECISTOSTOMIA PER NEOPLASIE NON RESECABILI
	COLEDOCO/EPATICO/DIGIUNO/DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	COLEDOCO-EPATICO DIGIUNOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	COLEDOCO-EPATICO DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	DEARTERIALIZZAZIONE EPATICA, CON O SENZA CHEMIOTERAPIA
	DECONNESSIONE AZYGOS-PORTALE PER VIA ADDOMINALE
	PAPILLA DI VATER, EXERESI
	PAPILLA DI VATER, AMPULLECTOMIA PER CANCRO CON REIMPIANTO DEL DOTTO DI WIRSUNG E COLEDOCO
	RESEZIONI EPATICHE MAGGIORI
	RESEZIONI EPATICHE MINORI
	TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA DI TUMORI EPATICI, QUALSIASI VIA DI ACCESSO
	TRAPIANTO DI FEGATO (OMNICOMPRENSIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Pancreas - Milza	
	CEFALO DUODENO PANCREASECTOMIA COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	DERIVAZIONI PANCREATICO-WIRSUNG DIGESTIVE
	NEOPLASIE DEL PANCREAS ENDOCRINO, INTERVENTI PER
	PANCREATECTOMIA SINISTRA COMPRESA SPLENECTOMIA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	PANCREATECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)
	SPLENECTOMIA
	TRAPIANTO DI PANCREAS (OMNICOMPRENSIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Chirurgia oro-maxillo-facciale	
	FRATTURA ZIGOMO, ORBITA, TERAPIA CHIRURGICA PER
	FRATTURE DEI MASCELLARI, TERAPIA CHIRURGICA DI
	FRATTURE DEL SENO FRONTALE, TERAPIA CHIRURGICA DI

	FRATTURE DELLA MANDIBOLA E DEL CONDILO, TERAPIA CHIRURGICA DELLE (COMPRESA L'EVENTUALE FISSAZIONE CON FERULE)
	FRATTURE MANDIBOLARI, RIDUZIONE CON FERULE
	GHIANDOLA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE PER NEOPLASIE MALIGNE, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE FUNZIONALE O RADICALE
	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE
	MALFORMAZIONI DENTO-MAXILLO-FACCIALI DELLA MANDIBOLA E DELLA MASCELLA (PROGENISMO, MICROGENIA, PROGNATISMO, MICROGNATIA, LATERODEVIAZIONI MANDIBOLARI, ETC.), COMPRESA MENTOPLASTICA SUL MASCELLARE SUPERIORE O SULLA MANDIBOLA
	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE
	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE
	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE, RESEZIONE DEL
	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE, RESEZIONE DEL
	MASSICCIO FACCIALE, OPERAZIONE DEMOLITRICE PER TUMORI CON SVUOTAMENTO ORBITARIO
	NEOPLASIE MALIGNE DEL LABBRO/GUANCIA CON SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE MALIGNE DEL LABBRO/GUANCIA SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE MALIGNE LIMITATE DEL LABBRO O DEI TESSUTI MOLLI DELLA CAVITÀ ORALE, ASPORTAZIONE DI
	PARALISI DINAMICA O STATICA DEL NERVO FACCIALE, PLASTICA PER
	PAROTIDECTOMIA PARZIALE CON EVENTUALE RISPARMIO DEL NERVO FACCIALE
	PAROTIDECTOMIA TOTALE O SUB-TOTALE
Chirurgia pediatrica	
	ASPORTAZIONE TUMORE DI WILMS
	ATRESIA DELL'ANO CON FISTOLA RETTO-URETRALE, RETTO-VULVARE: ABBASSAMENTO ADDOMINO PERINEALE
	ATRESIA DELL'ANO SEMPLICE: ABBASSAMENTO ADDOMINO-PERINEALE
	ESOFAGO, ATRESIA O FISTOLE CONGENITE DELL'
	FISTOLA E CISTI DELL'OMBELICO: DAL CANALE ONFALOMESENTERICO CON RESEZIONE INTESTINALE
Chirurgia plastica ricostruttiva	
Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali; Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.	
	APLASIA DELLA VAGINA, RICOSTRUZIONE PER
	INTERVENTO DI PUSH-BACK E FARINGOPLASTICA
	MALFORMAZIONI COMPLESSE DELLE MANI E DEI PIEDI
	STATI INTERSESSUALI, CHIRURGIA DEGLI

	TRASFERIMENTO DI LEMBO LIBERO MICROVASCOLARE
Chirurgia toraco-polmonare	
	BILOBECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	DECORTICAZIONE PLEURO POLMONARE, INTERVENTO DI
	FERITA TORACO-ADDOMINALE CON LESIONI VISCERALI
	FISTOLE DEL MONCONE BRONCHIALE DOPO EXERESI O INTERVENTI ASSIMILABILI, INTERVENTO PER
	FISTOLE ESOFAGO-BRONCHIALI, INTERVENTI DI
	LINFOADENECTOMIA MEDIASTINICA (COME UNICO INTERVENTO)
	NEOPLASIE MALIGNE COSTE E/O STERNO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	NEOPLASIE MALIGNE DEL DIAFRAMMA (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)
	NEOPLASIE MALIGNE DELLA TRACHEA (COMPRESA PLASTICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	NEOPLASIE MALIGNE E/O CISTI DEL MEDIASTINO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PLEURECTOMIE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PLEUROPNEUMECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PNEUMECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PNEUMECTOMIA CON RESEZIONE DI TRACHEA E ANASTOMOSI TRACHEO-BRONCHIALE
	RESEZIONE BRONCHIALE CON REIMPIANTO
	RESEZIONE SEGMENTARIA O LOBECTOMIA (COMPRESE EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	RESEZIONI POLMONARI SEGMENTARIE ATIPICHE SINGOLE O MULTIPLE (COMPRESE EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	RESEZIONI SEGMENTARIE TIPICHE (COMPRESE EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	TIMECTOMIA
	TORACOPLASTICA, PRIMO TEMPO
	TORACOPLASTICA, SECONDO TEMPO
	TRAPIANTO DI POLMONE (OMNICOMPRENSIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Chirurgia vascolare	
	ANEURISMI AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA + DISSECAZIONE: RESEZIONE E INNESTO PROTESICO (A CIELO APERTO)
	ANEURISMI ARTERIE DISTALI DEGLI ARTI, RESEZIONE E/O INNESTO PROTESICO (A CIELO APERTO)
	ANEURISMI, RESEZIONE E INNESTO PROTESICO: ARTERIE ILIACHE, FEMORALI, POPLITEE, OMERALI, ASCELLARI, GLUTEE, ARTERIE VISCERALI E TRONCHI SOVRAORTICI (A CIELO APERTO)
	BY-PASS AORTO-ANONIMA, AORTO-CAROTIDEO, CAROTIDO-SUCCLAVIO
	BY-PASS AORTO-ILIACO O AORTO-FEMORALE
	BY-PASS AORTO-RENALE O AORTO-MESENTERICO O CELIACO ED EVENTUALE TEA E PLASTICA VASALE
	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMI O ANEURISMI DISSECANTI DELL'AORTA TORACICA
	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E BY-PASS E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI
	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E PATCH E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI

	SOVRAORTICI
	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E INNESTO PROTESICO E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI (QUALSIASI TECNICA)
Ginecologia	
	ISTERECTOMIA RADICALE PER VIA LAPAROTOMICA O VAGINALE CON LINFOADENECTOMIA PELVICA E/O LOMBOAORTICA, COMPRESA PLASTICA VAGINALE ANTERIORE E/O POSTERIORE
	TUMORI MALIGNI VAGINALI CON LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER
	TUMORI MALIGNI VAGINALI SENZA LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER
	VULVECTOMIA PARZIALE CON LINFOADENECTOMIA BILATERALE DIAGNOSTICA DEI LINFONODI INGUINALI SUPERFICIALI, INTERVENTO DI
	VULVECTOMIA RADICALE ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA INGUINALE E PELVICA, INTERVENTO DI
Neurochirurgia	
Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.	
	ANASTOMOSI VASI INTRA-EXTRA CRANICI
	CERNIERA ATLANTO-OCCIPITALE, INTERVENTO PER MALFORMAZIONI PER VIA ANTERIORE O POSTERIORE
	CORDOTOMIA, RIZOTOMIA E AFFEZIONI MIELORADICOLARI VARIE, INTERVENTI DI
	CRANIOPLASTICA
	CRANIOTOMIA PER EMATOMA EXTRADURALE
	CRANIOTOMIA PER LESIONI TRAUMATICHE INTRACEREBRALI
	CRANIOTOMIA PER TUMORI CEREBELLARI, ANCHE BASALI
	ENCEFALOMENINGOCELE, INTERVENTO PER
	EPILESSIA FOCALE, INTERVENTO PER
	ERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRALE CERVICALE, MIELOPATIE, RADICULOPATIE
	IPOFISI, INTERVENTO PER ADENOMA PER VIA TRANSFENOIDALE
	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRA-DURALI EXTRA MIDOLLARI
	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRAMIDOLLARI
	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA INTRACRANICA (ANEURISMI SACCULARI, ANEURISMI CAROTIDEI, ALTRI ANEURISMI)
	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA O ANGIOMATOSA CON COMPRESSIONE RADICOLARE E/O MIDOLLARE
	NEOPLASIE ENDOCRANICHE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE, CORDOTOMIE, RADICOTOMIE ED AFFEZIONI MENINGOMIDOLLARI, INTERVENTO ENDORACHIDEO
	PLESSO BRACHIALE, INTERVENTO SUL
	TRAUMI VERTEBRO-MIDOLLARI VIA ANTERIORE, INTERVENTO PER
	TUMORE ORBITALE, ASPORTAZIONE PER VIA ENDOCRANICA
	TUMORI DELLA BASE CRANICA, INTERVENTO PER VIA TRANSORALE
	TUMORI ORBITARI, INTERVENTO PER
Oculistica	
Escluso qualsiasi intervento finalizzato ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea.	
Cornea	
	TRAPIANTO CORNEALE A TUTTO SPESSORE
	TRAPIANTO CORNEALE LAMELLARE
	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI
	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI COMBINATA CON APPOSIZIONE DI MEMBRANA AMNIOTICA

Ortopedia e traumatologia	
Articolazioni: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti). Segmenti ossei: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.	
Interventi cruenti	
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA ANTERIORE O SPONDILOLISTESI
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE E ANTERIORE
	ARTRODESI: GRANDI ARTICOLAZIONI
	ARTRODESI: MEDIE ARTICOLAZIONI
	ARTROPLASTICHE: GRANDI (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPLASTICHE: MEDIE (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPLASTICHE: PICCOLE (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPROTESI SPALLA, PARZIALE
	ARTROPROTESI SPALLA, TOTALE
	ARTROPROTESI: ANCA PARZIALE
	ARTROPROTESI: ANCA TOTALE
	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA, REVISIONE: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO NELLO STESSO RICOVERO IN CUI È STATO ESEGUITO IL PRIMO INTERVENTO, COMPRENSIVO DELL'INTERVENTO PRINCIPALE DI ARTROPROTESI D'ANCA TOTALE
	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO RICOVERO
	ARTROPROTESI: GINOCCHIO
	ARTROPROTESI: GOMITO
	ARTROPROTESI: RIMOZIONE DI ARTROPROTESI SETTICA IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO INTERVENTO (PARZIALE O TOTALE) COME UNICO INTERVENTO
	COSTOLA CERVICALE E "OUTLET SYNDROME", INTERVENTO PER
	EMIPELVECTOMIA
	EMIPELVECTOMIE "INTERNE" CON SALVATAGGIO DELL'ARTO
	OSTEOSINTESI VERTEBRALE
	OSTEOTOMIA COMPLESSA (BACINO, VERTEBRALE)
	REIMPIANTI DI ARTO O SUO SEGMENTO
	RESEZIONE DEL SACRO
	RIDUZIONE CRUENTA E CONTENZIONE DI LUSSAZIONE TRAUMATICA DI COLONNA VERTEBRALE
	SPALLA, RESEZIONI COMPLETE SEC. TICKHOR-LIMBERG
	SVUOTAMENTO DI FOCOLAI METASTATICI ED ARMATURA CON SINTESI PIÙ CEMENTO
	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO (OMNICOMPRENSIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, GRANDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, MEDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, PICCOLI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, VERTEBRALI, ASPORTAZIONE DI
	UNCOFORAMINOTOMIA O VERTEBROTOMIA
Tendini - Muscoli -	

Aponeurosi - Nervi periferici	
	TRAPIANTI TENDINEI E MUSCOLARI O NERVOSI
Otorinolaringoiatria	
	NEOPLASIE DEL CONDOTTO, ESERESI
	NERVO VESTIBOLARE, SEZIONE DEL
	NEURINOMA DELL'OTTAVO PAIO
	STAPEDECTOMIA
	STAPEDOTOMIA
	TIMPANOPLASTICA CON MASTOIDECTOMIA
	TIMPANOPLASTICA SENZA MASTOIDECTOMIA
	TIMPANOPLASTICA, SECONDO TEMPO DI
	TUMORI DELL'ORECCHIO MEDIO, ASPORTAZIONE DI
Naso e seni paranasali Escluse le prestazioni con finalità estetiche.	
	TUMORI MALIGNI DEL NASO O DEI SENI, ASPORTAZIONE DI
Faringe - Cavo orale - Orofaringe	
	FARINGECTOMIA PARZIALE
	NEOPLASIE PARAFARINGEE
	TUMORE MALIGNO FARINGOTONSILLARE, ASPORTAZIONE DI
	VELOFARINGOPLASTICA
Laringe e Ipofaringe	
	CORDECTOMIA
	CORDECTOMIA CON IL LASER
	DIAFRAMMA LARINGEO, ESCISSIONE CON RICOSTRUZIONE PLASTICA
	EPIGLOTTIDECTOMIA
	LARINGECTOMIA PARZIALE
	LARINGECTOMIA PARZIALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	LARINGECTOMIA TOTALE SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE
	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE
	LARINGOFARINGECTOMIA TOTALE
Radiologia interventistica Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.	
	EMBOLIZZAZIONE MALFORMAZIONI E/O ANEURISMI E/O FISTOLE VASCOLARI CEREBRALI O TUMORI ENDOCRANICI
	POSIZIONAMENTO DI STENT CAROTIDEO CON SISTEMA DI PROTEZIONE CEREBRALE PER TRATTAMENTO STENOSI CAROTIDEE
	TIPS (SHUNT PORTO-SOVRAEPATICO)
Urologia - Atti chirurgici	
Rene	
	EMINEFRECTOMIA
	NEFRECTOMIA ALLARGATA PER TUMORE CON EVENTUALE TRATTAMENTO DI TROMBO CAVALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)
	NEFRECTOMIA POLARE
	NEFRECTOMIA SEMPLICE

	NEFROURETERECTOMIA RADICALE CON LINFOADENECTOMIA PIÙ EVENTUALE SURRENECTOMIA, INTERVENTO DI
	NEFROURETERECTOMIA RADICALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)
	SURRENECTOMIA
	TRAPIANTO DI RENE (OMNICOMPRENSIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Uretere	
	MEGAURETERE, INTERVENTO PER RIMODELLAGGIO
Vescica	
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON ILEO O COLOBLADDER
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON NEOVESCICA RETTALE COMPRESA
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON URETEROSIGMOIDOSTOMIA BILATERALE O URETEROCUTANEOSTOMIA
	VESCICA, PLASTICHE DI AMPLIAMENTO (COLON/ILEO)
	VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO BILATERALE
	VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO UNILATERALE
Prostata	
	PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA CON LINFOADENECTOMIE, COMPRESA EVENTUALE LEGATURA DEI DEFERENTI (QUALSIASI ACCESSO E TECNICA)
Apparato genitale maschile	
	EMASCULATIO TOTALE ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE MONOLATERALE
	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE BILATERALE
	PENE, AMPUTAZIONE TOTALE CON LINFOADENECTOMIA

Allegato 2 Elenco diagnostica di Alta Specializzazione

(valido per il Piano sanitario Dipendenti Società del gruppo Poste Italiane)

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 osteo-articolare	
	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 (ERCP ENDOSCOPIC RETROGRADE 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 Senza Biopsia	
	BRONCOSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIU RICOSTRUZIONE 3D PIU ENDOSCOPIA VIRTUALE)
	COLONSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIU RICOSTRUZIONE 3D PIU ENDOSCOPIA VIRTUALE)
	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
Ecografia	
	ADDOME INFERIORE-PELVI E SUPERIORE CON VALUTAZIONE INTESTINO (ESAME COMPLETO)
	ADDOMINALE INFERIORE-PELVI (ESAME COMPLETO)
	ADDOMINALE SUPERIORE (ESAME COMPLETO)
	ECOCARDIOCOLORDOPPLER FETALE
	ECOCARDIOGRAMMA M MODE 2D
	ECOCARDIOGRAMMA M MODE 2D DOPPLER E COLORDOPPLER, CON EVENTUALI PROVE FARMACOLOGICHE O SOTTO SFORZO (ECOCARDIOSTRESS)
	ECOCARDIOGRAMMA M MODE 2D E DOPPLER, CON EVENTUALI PROVE FARMACOLOGICHE O SOTTO SFORZO (ECOCARDIOSTRESS)
	FEGATO E VIE BILIARI - GHIANDOLE SALIVARI BILATERALI - GROSSI VASI - INTESTINALE - LINFONODI MONO/BILATERALI - MAMMARIA MONOLATERALE O BILATERALE - MEDIASTINICA O EMITORACICA - MILZA - MUSCOLARE, TENDINEA O ARTICOLARE - OCULARE E ORBITARIA- PANCREATICA - PARTI MOLLI - PELVICA (UTERO, ANNESSI E VESCICA) - PENIENA - PROSTATICA E VESCICALE, SOVRAPUBICA - RENALE E SURRENALE BILATERALE - TESTICOLARE (BILATERALE) - TIROIDEA E PARATIROIDEA - VESCICALE (COMPRESO EVENTUALE USO DEL MEZZO DI CONTRASTO)
	ISTEROSONOSALPINGOGRAFIA O SONOSALPINGOGRAFIA (COMPRESO MEZZO DI CONTRASTO)
	PROSTATICA E VESCICALE O ANALE E RETTALE, TRANSRETTALE
	RENALE, SURRENALE BILATERALE E VESCICA
	TRANSESOFAGEA PER GASTROENTEROLOGIA
	TRANSFONTANELLARE ENCEFALICA
	VESCICALE PERMINZIONALE O INTRACAVITARIA TRANSURETRALE

POSTEVITAFONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Allegato 3 elenco Prevenzione Cardiovascolare - Oncologica

(valido per il Piano Sanitario Dipendenti società del gruppo Poste Italiane)

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE-ONCOLOGICA	
Uomo (in unica soluzione una volta ogni tre anni per età maggiore di 45 anni)	
	E.C.G. DI BASE
	ECOGRAFIA PROSTATICA E VESCICALE SOVRAPUBICA
	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)
	EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO (HB,GR,GB, PIASTRINE, INDICI ERITROCITARI DER.F.L.)
	VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE
	GLICEMIA
	AZOTEMIA
	CREATININEMIA
	COLESTEROLO HDL E LDL
	COLESTEROLO TOTALE O COLESTEROLEMIA
	TRANSAMINASI GLUTAMMICO OSSALACETICA (GOT) E GLUTAMMICO PIRUVICA (GPT)
	URINE, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO COMPLETO
Donna (in unica soluzione una volta ogni tre anni per età maggiore di 45 anni)	
	E.C.G. DI BASE
	MAMMOGRAFIA BILATERALE
	CITOLOGICO PER DIAGNOSTICA TUMORALE (PAP TEST) O CITOLOGICO ENDOCERVICALE E STRISCIO BATTERIOLOGICO VAGINALE
	EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO (HB,GR,GB, PIASTRINE, INDICI ERITROCITARI DER.F.L.)
	VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE
	GLICEMIA
	AZOTEMIA
	CREATININEMIA
	COLESTEROLO HDL E LDL
	COLESTEROLO TOTALE O COLESTEROLEMIA
	TRANSAMINASI GLUTAMMICO OSSALACETICA (GOT) E GLUTAMMICO PIRUVICA (GPT)
	URINE, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO COMPLETO

Allegato 4 Prestazioni escluse dalle garanzie previste dal Pacchetto Base e dalla copertura Ticket

(per garanzie LTC, Gravi Malattia e TCM vedere gli Allegati 5 e 6)

L'assicurazione non è operante per:

1) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
2) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici; (esclusione solo per il piano 1) (per il piano 2 l'assicurazione non è operante per le protesi dentarie e la cura delle paradontopatie)
3) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
4) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
5) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
6) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
7) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
8) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
9) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
10) le conseguenze di guerra, insurrezione generale, operazioni, occupazioni militari ed invasioni movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
11) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale;
12) medicinali non somministrati in degenza;
13) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione

professionale. Sono altresì escluse le prestazioni di routine e/o controllo, salvo quanto previsto all'art. 5.13;

14) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore ad 1 anno assicurati dalla nascita;
15) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
16) la correzione dei vizi di rifrazione quali ad esempio: miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia;
17) trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio nonché i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri);
18) qualsiasi terapia medica svolta in day hospital e ambulatorialmente escluso quanto espressamente previsto;
19) i ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, le cure termali, i ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;
20) emodialisi, esami termografici; iniezioni sclerosanti (salvo quanto previsto all'Allegato 1 per Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto – Ano); lenti da vista, lenti a contatto e montature ;
21) le prestazioni determinate da positività HIV ed AIDS e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;
22) le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e relativi allegati.

Allegato 5 Condizioni di non assistibilità garanzia rendita vitalizia per non autosufficienza, Critical Illness e Temporanea Caso Morte (TCM)

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

Condizioni di non assistibilità garanzia rendita vitalizia per non autosufficienza se diagnosticate e note prima dell'inizio della copertura

- 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).

Allegato 6 Esclusioni assistibilità Long Term Care, Grave Malattia (Critical Illness), Decesso (TCM)

(per garanzie previste dal Pacchetto Base e dalla copertura Ticket vedere Allegato 4)

Senza pregiudizio per quanto disposto nell' Allegato 5, i rischi di non autosufficienza (Long Term Care), Grave Malattia (Critical Illness), e Decesso (TCM) sono coperti qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi.

6. 1 Esclusioni assistibilità Long Term Care .

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.

6.2 Esclusioni assistibilità Grave Malattia (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.

Il Fondo 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 pratichi 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.

6.3 Esclusioni assistibilità Temporanea Caso Morte (TCM)

Sono esclusi dalla copertura i casi di decesso causati direttamente, indirettamente o parzialmente da:

1. dolo dell' Assistito o dei Beneficiari;
2. partecipazione attiva dell'Assistito a delitti dolosi;
3. abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
4. partecipazione attiva dall'Assistito a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta degli aventi diritto, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;

5. 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.

Allegato 7 Glossario – Da Completare

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.

Assicurazione: il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

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).

Datore: Poste Italiane SpA e le società del gruppo Poste Italiane che applicano il CCNL per il personale non dirigente di Poste Italiane.

Dipendente: Il personale del Datore, con contratto di dipendente non dirigente ed a tempo indeterminato, terminato l'eventuale periodo di prova.

Fondo: Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

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

Grande intervento Chirurgico: l'Intervento chirurgico rientrante nell'elenco dei Grandi interventi chirurgici inserito nel presente fascicolo informativo (Allegato 1).

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: l'atto medico realizzato in Strutture sanitarie regolarmente autorizzate da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
Non sono considerati Interventi chirurgici né le riduzioni incruente di fratture e lussazioni, né gli accertamenti diagnostici o di controllo, anche quando invasivi o comportanti prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e/o per l'introduzione di

idoneo strumento all'interno dell'organismo.
Non sono altresì considerati interventi chirurgici i soli trattamenti sanitari a scopo terapeutico, quali cure oncologiche o somministrazione di qualsivoglia medicinale, anche tramite cruentazione dei tessuti.

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.

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.

Network convenzionato: l'insieme di Istituti di cura, centri diagnostici ed équipe mediche e chirurgiche eroganti servizi sanitari che alla data del sinistro abbiano stipulato un convenzionamento ai sensi del quale potranno fornire all'Assistito le prestazioni sanitarie con costo sostenuto da Poste Assicura S.p.A., in nome e per conto dell'Assistito, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.

Retta di degenza: costo giornaliero per il soggiorno in Istituto di cura e per l'ordinaria assistenza medico-infermieristica, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero: la degenza dell'Assistito in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero improprio: la degenza/il ricovero sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Scoperto: la percentuale del danno che rimane a carico dell'Assistito.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e fatturate esclusivamente presso Istituti di cura, centri medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, 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. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di

natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

Visita specialistica: la visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.