

CCNL 23 LUGLIO 2024: MODIFICA DEL PIANO SANITARIO PER I DIPENDENTI DEL GRUPPO POSTE ITALIANE.

Con il CCNL del 23 luglio 2024 relativo al personale non dirigente di Poste Italiane S.p.A. e delle società del Gruppo che rientrano nel suo campo di applicazione, sono state **modificate, a decorrere dal 1° gennaio 2025, le prestazioni e gli importi dei pacchetti** rientranti nello specifico Piano sanitario predisposto per i suindicati dipendenti dal Fondo di assistenza sanitaria integrativa PosteVitaFondosalute.

Sono destinatari delle prestazioni del Piano Sanitario tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato, compresi gli apprendisti ed i neoassunti che abbiano completato l'eventuale periodo di prova.

Lo specifico Piano Sanitario previsto per i dipendenti del Gruppo, continua ad articolarsi in 2 pacchetti:

- **“Base”**: a totale carico dell'Azienda, per un **importo pro capite** che passa, dal **1° gennaio 2025**, per effetto del citato CCNL del 23 luglio 2024, da 12,50 € pro capite mensili a **17,60 € pro capite mensili**.
- **“Plus”**: che estende le garanzie del “Base”, attraverso il versamento di una quota aggiuntiva che rimane pari ad € 10,25 mensili pro capite, ad esclusivo carico del dipendente.

Dal **1° gennaio 2025**, i nuovi pacchetti copriranno i seguenti ambiti di prestazioni:

Pacchetto “Base”: ricovero in Istituto di cura per i Grandi Interventi Chirurgici; indennità sostitutiva giornaliera per i Grandi Interventi Chirurgici; **Diagnostica di Alta Specializzazione**, il cui massimale annuo per assistito passerà da € 1.750 a **€ 2.000**; **Visite Specialistiche e accertamenti ambulatoriali**, il cui massimale annuo per assistito passerà da € 600 a **€ 800**; Mamma e Bambino; prestazione di Prevenzione Cardiovascolare ed Oncologica (solo rete convenzionata); **Capitale fisso pagato alla diagnosi di una grave malattia (Critical Illness) di € 4.000 una tantum**; **rimborso Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e di pronto soccorso**; prestazioni Odontoiatriche (solo rete convenzionata).

Pacchetto “Plus”: aggiungerà a quelle di cui sopra le seguenti coperture: rendita mensile pagata per tutta la vita in caso di non autosufficienza di € 12.000 per anno e per assistito; Capitale fisso pagato alla diagnosi di una grave malattia (Critical Illness) € 10.000 una tantum aggiuntivi rispetto ai € 4.000 del pacchetto “Base”; Capitale fisso pagato nel caso di decesso da malattia o infortunio pari a € 30.000 una tantum; **estensione delle prestazioni odontoiatriche del Pacchetto “Base”** (rimborso per spese dentarie da infortuni e chirurgia odontoiatrica, solo in rete).

Per il dettaglio delle prestazioni contenute negli ambiti sopra indicati, con i relativi massimali e franchigie, si rimanda a quanto previsto nella specifica Guida al Piano Sanitario per il personale non dirigente del Gruppo Poste Italiane e delle Società del Gruppo.

Il dipendente può estendere il Pacchetto scelto per sé stesso anche al proprio nucleo familiare, versando un contributo a proprio carico pari a € 26,40 mensili per il pacchetto “Base” oppure pari a € 41,77 mensili per il pacchetto “Plus” (per un totale di € 52,02 mensili per il Pacchetto “Plus” comprensivo della propria quota individuale).

Il dipendente potrà fruire delle prestazioni del Fondo fino al 31 dicembre dell'anno in cui compirà 70 anni; gli appartenenti al nucleo familiare, ove assistiti, fino al 31 dicembre dell'anno in cui compiranno 65 anni; i figli fiscalmente a carico fino al compimento del 26° anno di età ove non totalmente inabili.

RisorseUmaneOrganizzazione

PianoSanitario

NoidiPoste



Qualora la scelta effettuata dal dipendente comporti il versamento di una contribuzione a proprio carico, l'Azienda opererà la relativa trattenuta sulle competenze mensili.

Le modalità per fruire dell'assistenza sanitaria sono due:

- **diretta**, ove ci si avvalga di professionisti/strutture sanitarie appartenenti alla rete convenzionata: il Fondo copre direttamente il costo della prestazione sanitaria, con i massimali e le franchigie previste dal Piano Sanitario;
- **indiretta**, ove ci si rivolga a professionisti/strutture di propria fiducia ma non appartenenti alla rete convenzionata: il dipendente anticiperà interamente il costo della prestazione, chiedendone successivamente il rimborso nel rispetto dei limiti e delle franchigie previste.

Cessazione del rapporto di lavoro e mantenimento delle coperture sanitarie

In caso di cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento, risoluzione consensuale e accesso alle prestazioni straordinarie del Fondo di Solidarietà del Gruppo Poste Italiane, l'aderente ed il suo nucleo familiare, se assistito, potranno mantenere, a proprio esclusivo carico e nella misura stabilita dal Fondo per tale categoria, il diritto alle coperture sanitarie previste dal solo pacchetto "Base" fino al compimento dei 75 anni.

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

- **€274,56** per la prosecuzione della copertura prevista dal pacchetto "Base" per il solo ex dipendente
- **€686,40** per la prosecuzione della copertura prevista dal pacchetto "Base" per l'intero nucleo familiare.

Modalità e tempistiche di modifica delle coperture sanitarie e della relativa estensione al nucleo familiare

Qualora, a seguito delle novità introdotte dal CCNL 23 luglio 2024, si voglia modificare la tipologia di Pacchetto sanitario per se prescelto in precedenza (es., effettuare il passaggio dal pacchetto "Base" al pacchetto "Plus" e viceversa) e/o attivare/disattivare la relativa estensione al proprio nucleo familiare, si **potrà farlo in qualunque momento**, accedendo all'Area Riservata del sito www.postevitafondosalute.it.

Qualora la scelta sia effettuata entro **il giorno 15 del mese di dicembre 2024 avrà decorrenza dal 1° gennaio 2025**, mentre per le richieste **presentate successivamente a tale data ma entro il 15 gennaio 2025**, la decorrenza sarà **dal 1° febbraio 2025**.

Per le domande presentate successivamente alle date suindicate, si applicherà la regola generale per la quale la modifica delle coperture e/o dell'estensione delle stesse al proprio nucleo familiare decorrerà dal primo giorno del mese successivo se la richiesta sia stata avanzata entro il giorno 15 del mese, mentre per quelle presentate successivamente, la decorrenza sarà dal primo giorno del secondo mese successivo a quello della richiesta.

Per ricevere maggiori informazioni sulle caratteristiche del proprio Piano Sanitario il dipendente potrà contattare il contact center del Fondo di assistenza sanitaria integrativa PosteVitaFondosalute al numero verde 800.186.035, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00. Per chi chiama da cellulare o dall'estero il numero è 06.89320211, con costo a carico del chiamante.

Sul sito internet del Fondo, www.postevitafondosalute.it, tramite la propria Area Riservata gli assistiti possono trovare tutti gli aggiornamenti e le novità relative al Piano Sanitario.

Per le informazioni sull'erogazione della rendita o dei capitali in caso di Long Term Care, Critical Illness e Temporanea Caso Morte, il dipendente potrà contattare il contact center di Poste Vita S.p.A. al numero verde 800.31.61.81, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 ed il sabato dalle ore 8.00 alle ore 14.00.

Per ulteriori informazioni vai anche sulla intranet, da postazione e da web, alla Sezione Piano Sanitario:

- <https://noidiposte.poste/piano-sanitario/>
- <https://noidiposte.poste.it/piano-sanitario/>

RisorseUmaneOrganizzazione

PianoSanitario

NoidiPoste

