



m_dg.GDAP.28/06/2024.0280706.U

Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione Generale del Personale

Ai Signori Direttori Generali

Ai Signori Provveditori Regionali

Ai Signori Direttori degli II. PP.

Ai Signori Direttori delle Scuole ed Istituti di
Formazione dell'Amministrazione penitenziaria

Ai Signori Direttori degli Uffici e Divisioni
del Capo del Dipartimento

All'Ufficio III - Relazioni Sindacali -

e, p.c.

Al Signor Capo del Dipartimento
dell'Amministrazione Penitenziaria

Al Signor Capo del Dipartimento per
la Giustizia Minorile e di Comunità

Al Signor Vice Capo del Dipartimento
dell'Amministrazione Penitenziaria

Al Signor Vice Capo del Dipartimento per
la Giustizia Minorile e di Comunità

LORO SEDI

Oggetto : Istruzioni operative polizza sanitaria Poste Vita per il personale di Polizia penitenziaria e per il personale giuridicamente ed economicamente equiparato per il periodo 01.07.2024 - 31.12.2025

Si rende noto che il soggetto assicuratore che provvederà al servizio di copertura assicurativa per l'assistenza sanitaria complementare ed integrativa in favore del personale di cui all'oggetto, a decorrere dal primo luglio 2024 per un periodo di 18 mesi, sarà il Gruppo Assicurativo Poste Vita.

Ciò premesso, si trasmettono in allegato, per la massima diffusione a tutto il personale interessato, le condizioni particolari di polizza e le informazioni relative all'operatività del portale pervenute dal Gruppo assicurativo.

DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE
MONZA
DATA 29/06/2024
PROT. N° 1784



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione Generale del Personale

Al riguardo si precisa che:

§.1. *Dipendenti in servizio.*

Dal **primo luglio 2024** il portale da utilizzare per le adesioni è il seguente: <https://webab.previmedical.it/arena-postefondosalute>.

Tramite il citato portale sarà possibile richiedere il rimborso delle spese sostenute e l'attivazione delle richieste di presa in carico diretta delle prestazioni. Si evidenzia, altresì, che fino al **31 agosto 2024** sarà possibile accedere al portale per poter estendere le garanzie al nucleo familiare o incrementare le coperture.

Per accedere a qualsiasi tipo di servizio (anche telefonico) sarà indispensabile procedere alla registrazione della propria utenza presso il portale sopra citato. Ai fini dell'accesso al portale è necessario utilizzare il codice fiscale e, come primo accesso, la data di nascita nel formato ggmmaaaa (esempio per il 27/06/2024 sarà 27062024); inoltre sarà obbligatorio registrare un contatto personale (e-mail o numero di telefono cellulare).

§.2. *Personale in quiescenza.*

Il personale in quiescenza dovrà inviare una mail all'indirizzo: welfare@postevita.it.

A seguito dell'effettiva verifica con l'Amministrazione verrà inserito sul medesimo portale dei dipendenti, dove potrà acquistare i relativi pacchetti assicurativi.

Nel ringraziare per la collaborazione, si profitta dell'occasione per inviare cordiali saluti.

Il Direttore Generale
Massimo Parisi



PARISI MASSIMO
MINISTERO DELLA
GIUSTIZIA/CF:IT-80184430587
28.06.2024 16:34:17 GMT+01:00

**CONTRATTO DI COPERTURA ASSICURATIVA COMPLEMENTARE
INTEGRATIVA A FAVORE DEL PERSONALE DELLA POLIZIA DI
STATO, DELLA GUARDIA DI FINANZA E DELLA POLIZIA
PENITENZIARIA E RELATIVI FAMILIARI (“PIANO DI ASSISTENZA
SANITARIA”). – CIG A04037640B**

L'assicurazione è stipulata tra

FONDO DI ASSISTENZA INTEGRATIVA POSTE VITA (CONTRAENTE)

E

POSTE ASSICURA S.p.A. (SOCIETÀ)

ENTE ASSOCIATO: MINISTERO DELL'INTERNO – DIPARTIMENTO PS

Polizze Numero: 90236 / 90237 / 90238

Periodo di copertura: dall'01/07/2024 al 31/12/2025

1. PREMESSA

Il presente contratto disciplina gli aspetti tecnico-giuridici dei servizi di assistenza sanitaria integrativa e complementare (Piano di Assistenza Sanitaria) in favore del personale della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria (e per quest'ultima, personale giuridicamente ed economicamente equiparato), erogati dall'aggiudicatario idoneo a sottoscrivere il Contratto, individuato, a seguito di procedura di gara aperta in ambito UE, tra i soggetti iscritti all'anagrafe di cui al Decreto del Ministero del Lavoro del 27/10/2009. La polizza rappresenta il documento che comprova la sussistenza dell'assicurazione/assistenza.

2. FINALITÀ DEL SERVIZIO

Lo scopo del Piano di Assistenza Sanitaria, d'ora in poi denominata Polizza BASE, oggetto dell'appalto, è quello di garantire la tutela sanitaria a favore del predetto personale, secondo le condizioni e le modalità descritte nel presente Capitolato. Costituiscono altresì oggetto di appalto le seguenti coperture assicurative su base volontaria:

- estensione della copertura BASE ai relativi familiari;
- estensione della copertura BASE al personale in quiescenza e ai relativi familiari;
- attivazione della polizza FULL per tutte le citate categorie.

3. ASSISTITI, PREMIO/CONTRIBUTO, MASSIMALE/LIMITE DI ASSISTENZA

a. COPERTURA ASSICURATIVA DI BASE A CARICO DELLE SINGOLE AMMINISTRAZIONI

Il Piano di Assistenza Sanitaria opera, indipendentemente dalle condizioni fisiche e dalle patologie preesistenti degli assicurati – cui non verrà richiesta la compilazione di alcun questionario sanitario – in favore del personale in servizio, compresi gli allievi, della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria (e per quest'ultima, personale giuridicamente ed economicamente equiparato), d'ora in poi rispettivamente denominati "appartenenti" e "Amministrazioni".

Il premio annuo lordo per la Polizza BASE, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, sarà completamente a carico delle singole Amministrazioni coinvolte, ognuna per tutto il personale dipendente.

b. ESTENSIONI FACOLTATIVE DELLA COPERTURA DI BASE A CARICO DEI SINGOLI INTERESSATI

Il soggetto assicuratore dovrà altresì consentire l'adesione al Piano di Assistenza Sanitaria, mediante una ulteriore copertura assicurativa, d'ora in poi denominata Polizza ESTESA, avente le stesse caratteristiche e condizioni tecniche della Polizza BASE, salva la facoltà del soggetto assicuratore di richiedere la compilazione di un questionario anamnestico, anche da parte di:

(1) Polizza ESTESA 1

- Nucleo familiare dell'assistito con Polizza BASE;

(2) Polizza ESTESA 2

- Personale in quiescenza;

(3) Polizza ESTESA 3

- Nucleo familiare del personale in quiescenza che abbia sottoscritto la Polizza ESTESA 2.

Per nucleo familiare si intende il coniuge non legalmente separato o divorziato, l'unito civilmente, il convivente *more uxorio* e i figli conviventi – legittimi o legittimati o naturali o adottivi – purché risultanti dal certificato di famiglia dell'assistito Polizza BASE" o dell'assistito Polizza ESTESA 2". Nel nucleo sono, inoltre, compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età e identificabili attraverso i dati fiscali (dichiarazioni dei redditi).

Per personale in quiescenza si intende quello cessato dal servizio e in trattamento di quiescenza.

A tal fine, in sede di presentazione dell'offerta per la Polizza BASE, il Soggetto Assicuratore dovrà formulare distinte quotazioni, per ognuna delle tre fattispecie di Polizza ESTESA indicate ai punti (1), (2) e (3) che precedono, del premio annuo lordo *pro capite*, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione. Tali quotazioni saranno riportate in contratto in caso di aggiudicazione.

I premi previsti per l'adesione alle diverse tipologie di polizza ESTESA saranno completamente a carico dell'assistito/interessato che ne farà richiesta.

Nel caso di genitori entrambi appartenenti alle Amministrazioni, sia in servizio che in quiescenza, i figli possono essere compresi nella garanzia del nucleo di un solo genitore.

Il soggetto assicuratore, inoltre, dovrà consentire l'adesione, da parte dei beneficiari della polizza BASE ed ESTESA, ad un servizio di assistenza sanitaria aggiuntivo – d'ora in poi denominato Polizza FULL – che, alle condizioni tecniche fissate più avanti nel presente Capitolato, integri e migliori le condizioni e le tipologie di prestazioni previste dalla Polizza BASE/ESTESA. I relativi premi *pro capite* annui lordi, comprensivi di ogni onere fiscale e contributo di adesione, dovranno essere quantificati, sempre rispettando le distinzioni operate fra le varie tipologie di adesione, in sede di presentazione dell'offerta da parte del Soggetto Assicuratore, con le modalità dettagliate nel Disciplinare di gara, e saranno riportati in contratto in caso di aggiudicazione.

Anche per la polizza FULL, il premio annuale lordo *pro capite* previsto per l'adesione sarà completamente a carico dell'assistito che ne farà richiesta.

In linea generale, si precisa che ogni tipologia di importo del premio da versare a carico dell'interessato, sia nel caso di adesione alla polizza ESTESA che alla polizza FULL, è da intendersi aggiuntivo rispetto a (vale a dire NON include) quello della polizza di partenza e, in particolar modo, dell'importo corrisposto dalle singole Amministrazioni per la polizza BASE.

c. AMBITO DI OPERATIVITÀ DI TUTTE LE CITATE POLIZZE

L'assicurazione/assistenza è operante:

- (1) indipendentemente dalle condizioni fisiche e dalle patologie pregresse;

- (2) nel mondo intero (i rimborsi di spese sostenute all'estero, fatto salvo il caso di assistenza ricevuta in strutture sanitarie estere convenzionate con il Soggetto Assicuratore, per cui vigono le medesime condizioni di operatività della Polizza nel territorio nazionale, verranno effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi);
- (3) con riferimento alla POLIZZA ESTESA, *fino al compimento del 75° anno di età*.

4. ADESIONE DEL DIPENDENTE, INCLUSIONI DI FAMILIARI, ESCLUSIONI

a. ADESIONE E INCLUSIONE DI FAMILIARI

L'adesione del dipendente alla Polizza BASE avviene in automatico al momento dell'attivazione del servizio di copertura assicurativa per l'assistenza sanitaria, nei termini indicati in contratto (comunicazioni a cura dell'Amministrazione di appartenenza). Le eventuali adesioni alle **polizze ESTESA e FULL**, potranno avvenire a scelta e a carico dell'Assistito/interessato, nei termini di cui al presente capitolato.

Successivamente all'attivazione dell'assistenza, ulteriori adesioni alla medesima polizza potranno realizzarsi esclusivamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- (1) nel caso di nuova assunzione, per la polizza BASE (comunicazioni a cura delle rispettive Amministrazioni);
- (2) matrimonio/ costituzione di unione civile/ insorgenza di convivenza *moro uxorio* per la polizza ESTESA;
- (3) nascita/ adozione/ affidamento dei figli per la polizza ESTESA.

In tali casi la copertura decorre dalla data dell'evento, purché l'adesione al piano di assistenza, BASE o ESTESA, o l'inclusione di nuovi familiari venga comunicata, a cura dell'assistito, entro il termine di 30 (trenta) giorni dal giorno dell'evento stesso.

Qualora la comunicazione non pervenga entro tale termine, la copertura decorrerà secondo le previsioni fissate dal Soggetto Assicuratore, da indicare nel contratto, e comunque non oltre 30 (trenta) giorni dall'avvenuta comunicazione.

Nel caso di inserimento nel Piano di assistenza in corso d'anno, i previsti massimali sono riconosciuti per intero.

Il pagamento dei contributi a carico dell'Amministrazione contraente per il proprio personale appartenente avviene nei termini e con le modalità di cui ai relativi articoli del contratto.

b. REVOCA DELLA COPERTURA

La revoca della copertura avviene al verificarsi dei seguenti eventi:

- (1) per la polizza BASE:
 - cessazione dal servizio;
 - decesso dell'Assistito;
- (2) per la polizza ESTESA:
 - separazione legale/ divorzio;
 - venir meno dei requisiti previsti dal presente capitolato per l'inserimento del nucleo familiare nel Piano di assistenza; - superamento dei limiti di età.

La copertura assicurativa rimane in ogni caso in essere:

- (1) fino alla scadenza dell'annualità nella quale si è verificato l'evento;
- (2) senza soluzione di continuità, nel caso in cui l'assistito con Polizza BASE che cessi dal servizio, faccia richiesta di adesione alla Polizza ESTESA entro 30 (trenta) giorni dal termine *sub* (1).

5. PRESTAZIONI DEL PIANO DI ASSISTENZA, SCOPERTO, FRANCHIGIA INDENNIZZO/ INDENNITÀ

Il servizio garantisce il pagamento/rimborso delle spese sanitarie rese necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, di tutte le malattie concomitanti/derivanti e/o conseguenti, nonché le prestazioni sanitarie, ciascuna con i relativi massimali di copertura, franchigie e scoperti, puntualmente descritti di seguito.

La Polizza BASE opera in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture:

- ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco tipologie di intervento chirurgico all'allegato 1);
- ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (elenco all'allegato 2);
- intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (elenco all'allegato 2);
- indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (elenco all'allegato 1) e da grave malattia (elenco all'allegato 2), con esclusione del parto e del *day-hospital*;
- ricovero in istituto di cura per malattia oncologica;
- ospedalizzazione domiciliare;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o per patologie/interventi particolari;
- pacchetto prevenzione - check up preventivi;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate nel presente capitolato, a:

- strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate (*in network*) con il Soggetto assicuratore;
- strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate (*fuori network*) con il Soggetto assicuratore;
- Servizio Sanitario Nazionale (rimborso del *ticket*).

Sono in ogni caso incluse le prestazioni sanitarie erogate individualmente o in *equipe* da professionisti medici, dipendenti di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni dei professionisti medici e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (*in sede*) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (*fuori sede*).

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

a. RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Il soggetto assicuratore paga/rimborsa tutte le prestazioni elencate nei punti che seguono fino alla concorrenza del massimale di **€ 250.000** per Assicurato e per anno assicurativo, fatti salvi eventuali sotto limiti espressamente previsti per evento.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico il massimale comprende, oltre all'intervento principale, anche eventuali interventi concomitanti.

Le prestazioni previste nella presente opzione si intendono prestate indipendentemente e ad integrazione delle prestazioni fruibili mediante Servizio Sanitario Nazionale.

Tutte le prestazioni o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato periodo di validità contrattuale annuale saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assicurazione, dal momento che la patologia oggetto di copertura e il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'assicurato.

Il Piano Sanitario previsto nella c.d. Polizza BASE deve garantire le seguenti prestazioni:

(1) in caso di grande intervento chirurgico (elenco in allegato 1) o intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (elenco in allegato 2) effettuato in regime di ricovero in istituto di cura o in ambulatorio medico, sono assicurate le spese per:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei **150 giorni precedenti l'inizio del ricovero o precedenti all'intervento chirurgico**, purché direttamente collegati all'evento (malattia o infortunio) che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- onorari del chirurgo e di ogni soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento e apparecchi protesici applicati durante l'intervento stesso;
- rette di degenza (esclusi comfort e/o bisogni non essenziali);
- assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi purché relativi alla patologia e al periodo di ricovero o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
- vitto e pernottamento di un accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura ricettiva fino alla concorrenza di **€ 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo** e nucleo familiare assistito;
- assistenza infermieristica notturna dedicata durante il periodo di ricovero, fino alla concorrenza di **€ 50 al giorno per un massimo di € 1.000 per anno assicurativo**;
- esami, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi e assistenza infermieristica domiciliare sostenuti nei **150 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni da ricovero**, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;

- trasporto sanitario dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ambulanza, treno o aereo di linea), presso l'istituto di cura e ritorno o trasferimento presso altro istituto di cura più appropriato sotto il profilo delle terapie necessarie all'Assicurato, fino alla concorrenza di **€ 2.000 per anno assicurativo**. In caso di intervento chirurgico effettuato all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese per il viaggio verso l'istituto di cura e ritorno con mezzo pubblico, fino alla **concorrenza di € 4.000 per anno assicurativo**;

(2) in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (elenco in allegato 2), che non comporti intervento chirurgico, sono assicurate le spese per:

- assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei **150 giorni precedenti il ricovero in Istituto di cura**, purché direttamente collegati all'evento (malattia o infortunio) che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- rette di degenza (esclusi comfort e/o bisogni non essenziali);
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, medicine ed infermieristiche domiciliare sostenuti nei **150 giorni successivi alle dimissioni da ricovero**, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto sanitario dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore, con qualsiasi mezzo (ambulanza, treno o aereo di linea), presso l'istituto di cura e ritorno o trasferimento presso altro istituto di cura più appropriato sotto il profilo delle terapie necessarie all'Assicurato, **fino alla concorrenza di € 2.000 per anno assicurativo**. In caso di ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico effettuato all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese per il viaggio verso l'istituto di cura e ritorno con mezzo pubblico, **fino alla concorrenza di € 4.000 per anno assicurativo**.

(3) modalità di erogazione delle prestazioni di cui ai punti (1) e (2)

- prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il soggetto assicuratore ed effettuate da medici convenzionati.
In questo caso le spese relative ai servizi erogati, inclusi eventuali anticipi che dovessero essere richiesti, vengono **liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate (in network)** senza applicazione di alcuna franchigia;
- prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con il soggetto assicuratore.
In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono **rimborsate all'Assicurato con applicazione di una franchigia assoluta di € 3.000 per evento**, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti. In caso di **intervento ambulatoriale viene applicata una franchigia relativa di € 500 per evento**;
- prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con il Soggetto assicuratore ma effettuate da medici non convenzionati.
Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsale dal Soggetto assicuratore con le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate;
- utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

Il soggetto assicuratore rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, i ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato oltre alle eventuali spese per il trattamento alberghiero sostenute in regime di solvenza. In tal caso, è escluso il beneficio dell'indennità sostitutiva di cui al successivo punto (5).

(4) Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono comprese le spese di espianto e trasporto dell'organo. In caso di donazione da vivente, sono comprese le spese per l'intervento chirurgico di espianto e per i relativi accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali, l'assistenza medica e infermieristica e le rette di degenza, secondo le modalità di cui ai precedenti punti.

(5) Indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco allegato 1) o grave malattia (elenco allegato 2)

Qualora non risultino spese a carico dell'Assicurato in quanto i costi relativi al periodo di ricovero e per altra prestazione ad esso connessa, esclusi eventuali *ticket*, sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute durante la degenza, il soggetto assicuratore corrisponde **un'indennità sostitutiva pari a € 120** per ogni notte di ricovero trascorsa in Istituto di cura, **per un massimo di 90 giorni**.

(6) Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (elenco Allegato 1) e da grave malattia (elenco allegato 2) con esclusione del parto e del day-hospital

Il Soggetto assicuratore, in caso di ricovero in istituto di cura (con esclusione del parto e del day-hospital), corrisponderà **un'indennità di € 30** per ogni giorno di ricovero per un periodo **non superiore a 15 giorni per ricovero**.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento. La presente garanzia verrà erogata indipendentemente che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

(7) Ospedalizzazione domiciliare

Il Soggetto assicuratore, in seguito ad un ricovero indennizzabile a termini di polizza, assicura per un periodo di **120 giorni**, successivo alla data di dimissioni, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica che si dovessero rendere necessarie in ragione della patologia oggetto dell'indennizzo e finalizzata al recupero della funzionalità fisica.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a **concorrenza della complessiva somma di € 3.000 - da intendersi quale massimale annuo per Assicurato**, senza applicazione di alcuna franchigia e/o di alcuno scoperto per le prestazioni eseguite da parte di strutture o singoli professionisti in convenzione e con l'applicazione di **uno scoperto a carico dell'Assicurato del 25% in caso di prestazioni eseguite fuori convenzione per ogni sinistro**.

b. ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nel caso in cui l'istituto di cura fuori *network*, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, **richieda il pagamento di un anticipo**, l'Assicurato può chiedere al Soggetto assicuratore la corresponsione di tale importo **fino a un massimo di € 15.000,00 per evento**.

c. DECESSO DELL'ASSICURATO E RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato, il Soggetto assicuratore, **per anno assicurativo e per nucleo familiare**, eroga:

- (1) un rimborso forfettario di € 5.000;
- (2) in caso di decesso all'estero durante un ricovero, le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500.

d. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) - "anche digitale"

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Holter ECG (limitatamente alla polizza FULL)

- Holter pressorio (limitatamente alla polizza FULL)
- Ecografia (limitatamente alla polizza FULL)
- Ecocolordoppler arti superiori e inferiori, aorta, TSA, arterie renali (limitatamente alla polizza FULL)
- Ecocardiografia (inclusa trans-esofagea)
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Biopsia (anche ECO/TC guidata)
- Densitometria ossea (limitatamente alla polizza FULL)
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia (inclusa scintigrafia miocardica da sforzo)
- Tomografia Computerizzata (TC) (anche virtuale)
- Endoscopia digestiva (E.G.D.S. – Retto sigmoideo colonscopia - ERCP)
- Test genomico (Oncotype Dx), susseguente a diagnosi e/o intervento chirurgico per tumore al seno

Terapie

- Chemioterapia
- Radiani loco-regionali
- Dialisi
- Radioterapia

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante (intendendosi per medico curante il medico abilitato all'esercizio della professione medica nel Paese di servizio o in quello dove vengano prestate le cure) contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia, presunta o accertata, che abbia reso necessaria la prestazione. In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, il Soggetto assicuratore rimborsa integralmente i *ticket* sanitari a carico dell'Assistito. Per ottenere il rimborso è necessario che lo stesso alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a **concorrenza della complessiva somma di € 3.000** - da intendersi quale massimale annuo per Assicurato e con applicazione di una franchigia assoluta di **€ 100 per ogni prestazione**.

La franchigia non viene applicata nel caso in cui l'Assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni.

e. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Il Soggetto Assicuratore paga le spese per prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari, purché prescritte dal proprio medico curante, con l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia, presunta o accertata, che abbia reso necessaria la prestazione pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciato (escluse comunque le visite pediatriche generiche).

Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di **€ 1.000 - da intendersi quale sotto-massimale annuo per Assicurato** (rispetto al massimale di cui al punto d.) **e con applicazione per ogni malattia e/o infortunio di una franchigia a carico dell'Assicurato di € 50 per ogni prestazione o ciclo di cura**, intendendosi per tale una serie di prestazioni connesse alla medesima patologia e presentate in un'unica richiesta. La franchigia non viene applicata nel caso in cui l'Assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni.

f. RICOVERO PER CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di pernottamento per malattie oncologiche, il Soggetto assicuratore riconosce **un'indennità di € 10.000 in unica soluzione, una tantum per anno assicurativo**, per il primo ricovero denunciato dall'Assicurato e indipendentemente dal numero di ricoveri avvenuti nell'annualità ricollegabili alla stessa patologia.

g. CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

Il Soggetto assicuratore, in presenza di certificato rilasciato da un Pronto Soccorso, liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio. Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione per ogni prestazione o ciclo di cura di **uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% in network e del 20% fuori network con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona**. Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di **€ 2.500 annuale per Assicurato**.

h. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

Il Soggetto assicuratore provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio e in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti dal medico curante o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Limitatamente alla polizza FULL, il Soggetto assicuratore provvede anche al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici per patologie cronico degenerative dell'apparato muscolo-scheletrico.

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco - iatale
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Ricostruzioni capsulo legamentose
- Protesi articolare

- Patologie polmonari
- Postumi di interventi per fratture
- Patologie degenerative croniche dell'apparato muscoloscheletrico (limitatamente alla polizza FULL)

Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione per ogni prestazione o ciclo di cura di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella **misura del 5% in network e del 10% fuori network**. Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di **€ 500,00 annuale per Assicurato** (massimale annuo per assicurato).

i. CHECK UP PREVENTIVI

Il Soggetto assicuratore provvede al **pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate, una volta l'anno, dall'Assicurato/Assistito**, in strutture sanitarie *in network* con il Soggetto assicuratore. In assenza di strutture *in network* sia presso la provincia di domicilio/servizio che nel raggio di 60 km dall'indirizzo di residenza dell'Assicurato/Assistito, il Soggetto assicuratore rimborsa le medesime prestazioni effettuate in strutture fuori *network* fino al raggiungimento di un importo pari a **€ 150,00**.

PRESTAZIONI PREVISTE PER GLI UOMINI

Prelievo venoso:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- azotemia;
- bilirubina;
- colesterolo HDL ed LDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- elettroforesi proteica
- fibrinogenemia
- gamma GT
- glicemia
- proteinemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- uricemia
- VES
- PSA (dai 40 anni di età)

Campione urine:

- esame chimico, fisico e microscopico completo

Campione feci:

- ricerca del sangue occulto

Visite specialistiche:

- visita urologica (dai 40 anni di età)
- visita cardiologica con ECG

PRESTAZIONI PREVISTE PER LE DONNE

Prelievo venoso:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- azotemia
- bilirubina
- colesterolo HDL ed LDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- elettroforesi proteica
- fibrinogenemia
- gamma GT
- glicemia
- lattico deidrogenasi LDH
- proteinemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- uricemia
- VES

Campione urine:

- esame chimico, fisico e microscopico completo

Campione feci:

- ricerca del sangue occulto

Esami e visite specialistiche:

- pap-test
- visita ginecologica
- visita cardiologica con ECG
-

ULTERIORI PRESTAZIONI DI PREVENZIONE PER UOMINI E DONNE OGNI TRE ANNI

(limitatamente alla polizza FULL)

Visita oculistica

Visita dermatologica in epiluminescenza per controllo nevi.

6. PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA AGGIUNTIVA FULL

Per **Polizza FULL** si intende l'assicurazione/assistenza aggiuntiva rispetto a quella prevista nella **polizza BASE e/o ESTESA**, con prestazioni ulteriori rispetto a quelle già comprese nelle citate polizze e innalzamento dei relativi massimali. Alla Polizza FULL, hanno facoltà di aderire gli assistiti delle già citate polizze con **premio/contributo interamente a carico di ciascun assicurato/Assistito**.

La Polizza FULL deve essere a sua volta distinta in due livelli di copertura: GOLD e PLATINUM

Polizza FULL GOLD

Il massimale annuo di assistenza di cui all'art. 5.a., è **innalzato a € 500.000/anno/Assistito**.

Oltre alle prestazioni previste per la Polizza BASE e alle prestazioni di cui *sub.* 5.d., 5.h. e 5.i. limitatamente alla polizza FULL, il Soggetto assicuratore dovrà erogare indennizzi all'assicurato/Assistito per le seguenti ulteriori prestazioni:

- a. tutti i ricoveri con intervento, i ricoveri in *day hospital*, i ricoveri senza intervento non previsti negli Allegati 1 e 2:
 - (1) in regime di convenzione diretta (quando sia la struttura sanitaria, sia *l'equipe* medica siano in *network*) **senza franchigie**;
 - (2) in regime rimborsale se fuori *network*, con lo **scoperto del 20% e una franchigia di € 1.500**;
 - (3) in regime misto qualora la degenza abbia luogo presso una struttura in *network*, ma l'assistito si avvalga di *equipe* medica fuori *network*. In tal caso, sarà possibile attivare la copertura assicurativa:
 - con modalità di assistenza diretta **e senza franchigie**, sulla parte di **spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria** in *network*;
 - nella forma rimborsale con applicazione di uno **scoperto del 20% e un minimo indennizzabile di € 750**, per la parte di spesa dovuta all'*equipe* medica, o singolo professionista, fuori *network*.
- b. cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

Il Piano sanitario copre il pagamento delle spese per prestazioni diagnostiche e terapeutiche di tipo odontoiatrico e ortodontico, comprese le cure degli elementi dentari, le terapie conservative, l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, le sedute di ablazione tartaro (solo se inserite in un piano di cure), effettuate presso strutture sanitarie in *network* con il soggetto assicuratore. In tali casi, gli importi dovuti saranno erogati direttamente alle strutture o al singolo professionista da parte del Soggetto assicuratore, con l'applicazione di uno **scoperto del 50%** che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura in *network* all'atto dell'emissione della fattura.

Nello specifico, per ottenere il rimborso, è necessario che l'Assicurato allegghi alla fattura la scheda anamnestica compilata dal medico curante (dentista). Dai citati documenti, dovranno emergere in maniera analitica le prestazioni effettuate e il relativo costo.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale il Soggetto assicuratore rimborsa integralmente i *ticket* sanitari a carico dell'Assistito.

Il limite di spesa a disposizione per la presente copertura è di € 2.500 per anno per Assistito.

c. assistenza al parto:

- (1) parto naturale (con un massimo rimborsabile di € 5.000 annuo/Assistito);
- (2) parto cesareo (con un massimo rimborsabile di € 8.000 annuo/Assistito);

d. laser/tecar terapia a scopo fisioterapico e oftalmologico, laserterapia operativa (con un massimo rimborsabile di € 1.000 annuo/Assistito).

Polizza FULL PLATINUM

Oltre alle prestazioni previste per la Polizza FULL GOLD, il Soggetto assicuratore dovrà garantire:

- a. l'eliminazione di ogni tipo di franchigia e scoperto per le prestazioni di alta specializzazione e specialistiche con massimale "in concorrenza" di € 4.000 annui per assistito;
- b. l'innalzamento del limite di spesa a disposizione per le cure odontoiatriche e ortodontiche a € 3.500 annui per assistito con scoperto del 40%;

7. ASSISTENZA DIRETTA E INDIRETTA

Il riconoscimento delle spese mediche coperte dalla garanzia può avvenire a scelta dell'assistito, nella forma dell'Assistenza Diretta ovvero Assistenza Indiretta. Sono previste delle penali in favore degli assicurati qualora il Soggetto Assicuratore non riesca a garantire i livelli di servizio prescritti.

a. Assistenza Diretta

L'assistenza diretta avviene attraverso una Rete di Strutture Convenzionate (*in network*) con il fornitore. L'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate solleva l'assistito dall'anticipazione delle spese, che sono versate alla struttura sanitaria direttamente da parte del Soggetto assicuratore.

Il Soggetto Assicuratore si impegna a rendere disponibile agli assistiti l'elenco completo delle strutture convenzionate presenti sul territorio nazionale e nei Paesi esteri. Il citato elenco dovrà essere oggetto di costante aggiornamento.

Il servizio di Assistenza Diretta può essere utilizzato in ogni caso di affidamento a strutture sanitarie *in network* con il Soggetto Assicuratore secondo le modalità definite nelle singole garanzie.

Il servizio di Assistenza Diretta viene attivato ordinariamente attraverso l'accesso dell'assistito sul portale web e/o APP che il Soggetto assicuratore deve mettere a disposizione secondo le modalità indicate, di seguito, dal presente Capitolato. In caso di mancato funzionamento, ovvero, in caso di impossibilità, dovrà comunque essere possibile utilizzare altre forme di comunicazione (contatto telefonico, fax o mail).

La centrale operativa del Soggetto assicuratore è comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza.

La scelta del centro convenzionato e del medico spetta sempre all'assistito.

L'attivazione del convenzionamento diretto prevede la trasmissione, a cura dell'assistito e con gli stessi canali dell'attivazione del servizio, della certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta. Quando occorra, l'assistito verrà contattato per l'acquisizione di ulteriori informazioni.

L'operatività della garanzia e l'autorizzazione alle procedure di assistenza diretta è confermato dal Soggetto assicuratore alla Struttura medica e direttamente all'assistito **entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta** completa di documentazione (data apertura pratica), evidenziando contestualmente le eventuali limitazioni di garanzia previste dal Piano di Assistenza Sanitaria (franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale). Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale. Il Soggetto assicuratore dovrà richiedere la eventuale documentazione mancante **entro 3 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta**.

Sono previste penali in favore dell'assicurato in caso di mancato rispetto delle predette tempistiche. Il rimborso è calcolato nella misura dello **0,025%** dell'ammontare del pagamento dovuto alla Struttura Sanitaria Convenzionata per ogni giorno di ritardo. Tale importo dovrà essere liquidato direttamente dal Soggetto assicuratore all'assicurato entro 15 giorni dalla chiusura della pratica. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assicurato penali di importo inferiore ad € 10.

Il Centro Convenzionato trasmetterà direttamente alla Centrale Operativa del Soggetto assicuratore gli originali delle fatture e copia della cartella clinica per il pagamento delle prestazioni sanitarie. La fattura in originale, debitamente quietanzata, sarà restituita all'assistito.

Qualora non ricorrano i presupposti per l'Assistenza Diretta, il Soggetto assicuratore ne dà formale e tempestiva notizia all'assistito. In tal caso, l'assistito potrà comunque inviare la certificazione delle spese mediche sostenute, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo tramite rimborso delle spese secondo quanto previsto al punto che segue "Assistenza Indiretta".

b. Assistenza Indiretta

L'Assistito che per scelta decida di non avvalersi dell'Assistenza Diretta ricorrendo a strutture fuori *network*, dovrà anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (assistenza indiretta o fuori *network*), salvo applicazione di eventuali franchigie e/o scoperti.

L'operatività della garanzia e l'autorizzazione alle procedure di assistenza indiretta è confermato dal Soggetto assicuratore alla Struttura medica e direttamente all'assistito **entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta** completa di documentazione (data apertura pratica), evidenziando contestualmente le eventuali limitazioni di garanzia previste dal Piano di Assistenza Sanitaria (franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale). Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale. Il Soggetto assicuratore dovrà richiedere la eventuale documentazione mancante **entro 3 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta**.

L'istanza di rimborso deve essere corredata dalla necessaria certificazione medica che contenga la diagnosi o il sospetto diagnostico, nonché la copia delle fatture, notule, giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi e attestanti le spese sostenute.

Il Soggetto assicuratore procede al rimborso di quanto spettante all'assistito **entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento della richiesta di rimborso** di cui sopra. Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

Il Soggetto assicuratore dovrà richiedere eventualmente la documentazione mancante **entro 15 giorni dal ricevimento della domanda di rimborso**.

PENALE: è prevista una penale in favore dell'assicurato in caso di mancato rispetto delle predette tempistiche pari allo **0,025%** del rimborso spettante per le prestazioni effettuate per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo. Tale importo dovrà essere liquidato direttamente dal Soggetto assicuratore unitamente all'importo rimborsato, con distinta evidenza per il beneficiario. Il rimborso si intende concluso nel giorno della data della liquidazione da parte del Soggetto Assicuratore (data chiusura pratica). In ogni caso non saranno riconosciute all'Assicurato penali di importo inferiore ad € 10,00.

8. ULTERIORI GARANZIE

Il Soggetto assicuratore dovrà garantire i seguenti ulteriori servizi:

a. Portale WEB e/o APP, contatto telefonico e indirizzo mail dedicati

Il Soggetto assicuratore garantisce la disponibilità, al momento della stipula del contratto, di un portale web/sito internet e/o APP, di facile accessibilità da parte dei soggetti assistiti, che, anche allo scopo di evitare il più possibile l'utilizzo del supporto cartaceo, consenta agli Assistiti di:

- (1) aderire al Piano di Assistenza Sanitaria nelle diverse forme ESTESA e FULL (tenuto conto che l'attivazione della polizza BASE avverrà in automatico a cura delle singole Amministrazioni) e apportare variazioni (inserire o escludere i familiari previsti) allegando la necessaria documentazione;
- (2) attivare le richieste di assistenza diretta e indiretta, allegando la relativa documentazione sanitaria e di spesa, in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personali, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza;
- (3) scaricare le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato delle Strutture Sanitarie convenzionate, la modulistica di supporto all'assistito nell'ipotesi di attivazione del servizio via fax o mail;
- (4) prenotare una prestazione presso un operatore facente parte della rete convenzionata;
- (5) visualizzare lo stato delle richieste di autorizzazione e delle pratiche di rimborso inserite o delle richieste di assistenza per la risoluzione di problematiche inerenti all'utilizzo del portale;
- (6) visualizzare e stampare un elenco delle prestazioni erogate per anno solare, sia in regime di assistenza diretta che in regime di assistenza indiretta, con indicazione degli importi in franchigia fiscalmente detraibili.

Il Soggetto assicuratore garantisce, inoltre, un servizio di informazione e assistenza attraverso **contatto telefonico e indirizzo mail dedicati** in merito a:

- (1) Piano di Assistenza Sanitaria per gli assistiti;
- (2) pratiche individuali di assistenza diretta e indiretta o altre prestazioni attivate o da attivare previste dal Piano per il personale delle singole Amministrazioni;
- (3) problematiche inerenti all'utilizzo del portale web e/o App (in ordine a iscrizioni, variazioni, inserimento documentazione ecc.).

b. Centrale Operativa.

Il Soggetto assicuratore garantisce la disponibilità, al momento della stipula del contratto, di una Centrale Operativa raggiungibile nell'arco della giornata, compresi i giorni festivi attraverso un numero telefonico dedicato nazionale e internazionale che assicuri:

(1) un **servizio di informazione** in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni);
- assistenza diretta e indiretta;
- centri medici specializzati;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria;

(2) un **servizio di prenotazione** per le prestazioni sanitarie garantite dal presente Capitolato nelle Strutture Sanitarie Convenzionate.

(3) un **contatto telefonico di consulenza medica**.

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, in lingua italiana, un proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione, suggerimento medico/sanitario di carattere generale. I medici di guardia non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni.

(4) l'invio di un **medico nei casi di urgenza** (validità territoriale Italia).

Qualora l'assistito necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il proprio medico curante, la Centrale Operativa provvede 24 ore su 24, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertato la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.

(5) l'invio di un'**ambulanza** (validità territoriale Italia) qualora l'assistito, in seguito ad infortunio o malattia, necessiti di:

- essere trasportato dal luogo dell'infortunio o della malattia al più vicino ed idoneo centro ospedaliero;
- essere trasportato dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero;
- rientrare al domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, a giudizio del medico curante, non possa utilizzare un mezzo diverso dall'ambulanza.

La Centrale Operativa, 24 ore su 24, invia direttamente l'ambulanza tenendo a proprio carico il costo sino ad un massimo di 100 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo a prestazioni i trasporti per terapie continuative.

c. Responsabile del servizio

Dalla data di attivazione del contratto, il Soggetto assicuratore dovrà mettere a disposizione delle singole Amministrazioni un Responsabile del Servizio, precedentemente identificato e nominato, del quale avrà reso noti i recapiti telefonici e l'indirizzo di posta elettronica, nonché gli orari del servizio.

Il suo compito sarà quello di supervisionare e coordinare le attività del soggetto assicuratore nei rapporti con gli Enti/Reparti delle singole Amministrazioni che saranno individuati quali Enti esecutori del contratto, anche con riferimento alle attività amministrativo/contabili, alla reportistica, agli aggiornamenti su nuove iscrizioni e nuovi inserimenti/cancellazioni in corso dell'anno, all'andamento dei sinistri, alla stipula delle convenzioni con strutture, nonché quello di gestire eventuali richieste e gli eventuali reclami da parte delle Amministrazioni o da parte degli assistiti.

9. ESCLUSIONI

Le prestazioni previste dal presente Capitolato non sono operanti per:

- in riferimento al punto "Cure oncologiche", la ripetizione dell'erogazione dell'indennità per ogni anno assicurativo se correlata alla stessa malattia (l'indennità verrà erogata una sola volta anche in caso di rinnovo o proroga del contratto);
- intossicazione conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quella a scopo ricostruttivo necessitata da infortunio o intervento chirurgico, nonché per i bambini che abbiano compiuto il terzo anno di età;
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo quanto previsto al punto "Cure odontoiatriche da infortunio" o in caso di attivazione della polizza FULL;
- conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutti gli interventi e le procedure finalizzati al trattamento dell'infertilità e dell'inseminazione artificiale, compresi gli accertamenti propedeutici agli stessi;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali omeopatici;
- cure ed interventi per la correzione o eliminazione di difetti fisici preesistenti;
- visite, esami ed accertamenti diagnostici eseguiti per il semplice controllo senza l'indicazione di una patologia presunta o accertata ad eccezione di quelli previsti dai Check Up preventivi oggetto di garanzia;
- i ricoveri per lunga degenza determinati da patologie croniche;
- condizioni dell'Assicurato 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici fatti salvi i casi dovuti allo svolgimento del servizio d'istituto, ivi comprese le attività di ordine e sicurezza pubblica e contrasto alla criminalità, svolti sul territorio nazionale da parte del personale coperto dalla polizza BASE;

- 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;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

10. RECLAMI

Per i reclami relativi al rapporto contrattuale con Poste Assicura è necessario trasmettere apposita comunicazione scritta alla Compagnia utilizzando i seguenti recapiti:

- Per posta a Poste Assicura S.p.A. - Gestione Reclami – Viale Europa, 190 - 00144 Roma
- Oppure via fax al numero: 06.5492.4402
- Oppure via e-mail all'indirizzo: reclami@poste-assicura.it

In ogni caso, il reclamo dovrebbe contenere i seguenti dati:

- nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante
- numero della polizza e nominativo del contraente
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze

Qualora non ti ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro il termine massimo di 45 giorni, puoi presentare apposito esposto a:

IVASS
Servizio Tutela del Consumatore – Divisione Gestione Reclami
Via del Quirinale, 21
00187 Roma

Tramite fax: 06.42.133.206 o via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it oppure utilizzando il fac simile reclamo IVASS per la presentazione del reclamo ad IVASS completando l'istanza con le informazioni e la documentazione di seguito indicata:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela
- copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze

Qualora l'esito del reclamo non sia soddisfacente, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, il Reclamante dovrà fare ricorso alla Mediazione (di cui al D.lgs. n. 28/2010 così come da ultimo modificato dal D.L. n. 69/2013, convertito con modificazioni in legge n.98/2013) che può essere avviata presentando istanza ad un Organismo

Posteassicura

di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito giustizia.it. Il ricorso al procedimento di Mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Si ricorda inoltre che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o attivare direttamente il sistema estero competente tramite la procedura [FIN-NET](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm) (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm)

DEFINIZIONI

Per **assistito** si intende il soggetto il cui interesse è protetto dal presente Piano Sanitario

Per **Fondo o Ente Assistenziale o Aggiudicatario o Soggetto Assicuratore** il soggetto selezionato all'esito della procedura di gara abilitato a norma di legge a ricevere i contributi e assumere la contraenza del presente Piano Sanitario ai fini degli aspetti fiscali e assistenziali.

Per **Piano Sanitario** il combinato disposto del presente Capitolato e del relativo Contratto che congiuntamente normano le prestazioni sanitarie erogate come rimborso diretto o indiretto al personale delle singole Amministrazioni e ai relativi familiari, nonché al personale in quiescenza e ai relativi familiari.

Per **"Premio/Contributo"** si intende la somma dovuta al fornitore/fondo sanitario.

Il Premio/Contributo sarà a carico della Amministrazione contraente solo per la polizza base (c.d. **Polizza BASE**).

Il Premio/Contributo sarà a carico dell'assicurato/Assistito per le Polizze:

- ESTESA 1 (adesione al Piano del nucleo familiare dell'appartenente assistito dalla polizza BASE);
- ESTESA 2 (adesione al Piano dell'appartenente in quiescenza);
- ESTESA 3 (adesione al Piano del nucleo familiare dell'appartenente assistito dalla polizza ESTESA 2);
- FULL (combinazioni di adesione alle maggiori garanzie assicurative da parte degli assistiti dalle polizze BASE ed ESTESA 1, 2 e 3).

Per **"Massimale/Limite di Assistenza"** si intendono gli importi stabiliti nel Capitolato che rappresentano le spese massime che il fornitore/fondo sanitario si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato/assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Per **"Scoperto"** si intende la percentuale prestabilita della spesa sostenuta che, in caso di sinistro, rimane a carico dell'assicurato/assistito e per la quale il fornitore/fondo sanitario non riconosce l'indennizzo.

Per **"Franchigia"** si intende la somma, determinata in misura fissa che dedotta dall'indennità, resta a carico dell'assicurato/assistito.

In caso di **franchigia assoluta**, il danno indennizzabile deve necessariamente ridursi dell'ammontare economico della franchigia stessa (danno indennizzabile: 1000 euro; franchigia: 100 euro; 1000 – 100 = 900 euro). Quando, al contrario, **la franchigia è relativa**, se il danno indennizzabile è inferiore alla franchigia stessa (es. 99 euro) nulla sarà dovuto; se viceversa, il danno è superiore all'importo della franchigia, il "rimborso" sarà interamente

garantito entro i limiti stabiliti dal massimale. In sostanza, dunque, la franchigia relativa opera solo nel caso in cui il danno patito risulti inferiore all'importo della franchigia stessa pattuito all'interno della polizza.

Per **"Indennizzo"** o **"indennità"** si intende la somma dovuta dal fornitore/fondo sanitario all'assicurato/ assistito, a titolo di rimborso.

Per **PATOLOGIA DI TIPO ONCOLOGICO**: Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna. Sono incluse le leucemie, i linfomi, il mieloma, il morbo di Hodgking, i carcinomi *in situ*; le condizioni neoplastiche con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

CENTRO CONVENZIONATO: Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui l'Ente assistenziale ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il Contraente _____

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi e di conseguenza siano direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione il Contraente si obbliga a consegnare loro le Condizioni di Assicurazione

Il Contraente _____

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di assicurazione. Dichiara inoltre di aver preso visione e di aver ricevuto (nei casi previsti dalla normativa vigente) il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari, di aver preso visione e di aver ricevuto la dichiarazione contenente le informazioni generali sull'intermediario, in conformità alle disposizioni di legge e regolamentari applicabili

Il Contraente _____

ALLEGATO 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Bypass aorto-coronarico singolo e/o multiplo
- Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C. E.C.) - interventi di, salvo gli interventi descritti
- Correzione di coartazione aortica
- Fistole arterovenose del polmone, interventi per – Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Pericardiectomia parziale e totale
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorta coronarico (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica
- Impianto di pace maker endocavitario ed eventuale riposizionamento

COLLO

- Tiroidectomia totale
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

CHIRURGIA GENERALE - ESOFAGO

- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- Esofagoplastica
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago
- Operazioni per tumori, resezioni parziali basse, alte e totale

CHIRURGIA GENERALE - FEGATO E VIE BILIARI

- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Deconnessione azygos- portale per via addominale
- Epatocoledotomia
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per pancreatite
- Intervento per neoplasia pancreatica

CHIRURGIA GENERALE - INTESTINO

- Colectomia totale ed emicolectomia
- Megacolon: operazione addominoperineale di Buhamel e Swenson
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia

CHIRURGIA GENERALE - RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addominoperineale in un tempo o in più tempi
- Resezione anteriore retto-colica

CHIRURGIA GENERALE - PANCREAS, MILZA

- Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
- Enucleazione delle cisti
- Intervento per cisti e pseudocisti
- Interventi per fistole pancreatiche
- Marsupiazione
- Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Pancreatite acuta, interventi demolitivi

CHIRURGIA GENERALE - STOMACO, DUODENO

- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Resezione gastrica da neoplasie maligne
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Stenosi congenita del piloro

CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FACCIALE

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento laterocervicale funzionale o radicale
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

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
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale
- Cranio bifido con meningoencefalocele
- Esofago, atresia o fistole congenite del (trattamento completo)
- Neuroblastoma addominale
- Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Spina bifida: meningocele
- Spina bifida: mielomeningocele

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA

- Aplasia della vagina, ricostruzione per

CHIRURGIA TORACO - POLMONARE

- Ernia del diaframma
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per Interventi per fistole bronchiali – cutanee Interventi su polmone cistico e policistico
- Pneuropneumectomia
- Pneumectomia, intervento di
- Resezione bronchiale con reimpianto

- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale

CHIRURGIA VASCOLARE

- Aneurismi aorta addominale con dissecazione: resezione e trapianto
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale succlavia, tronco bronco-cefalico, aorta ed iliache
- Operazioni sulla aorta toracica ed addominale

GINECOLOGIA

- Isterectomia con annessionectomia e linfadenectomie per tumori maligni
- Mastectomia, quadrantectomia e linfadenectomie per tumori maligni

NEUROCHIRURGIA

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Encefalomeningocele, intervento per
- Fistola liquorale
- Interventi per epilessia focale
- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
- Mielomeningocele, intervento per
- Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma endocranico
- Rizotomie e micro decompressioni radici endocraniche
- Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Traumi vertebro- midollari via anteriore, intervento per
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - INTERVENTI CRUENTI

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, parziale
- Disarticolazione interscapolotoracica
- Emi pelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto

- Reimpianti di arto o suo segmento
- Scoliosi, intervento per
- Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)
- Amputazione anatomica totale o parziale di arti superiori e inferiori (escluso dita)
- Protesi d'anca parziale o completa

OTORINOLATRINGOIATRIA - LARINGE E IPOFARINGE

- Laringofaringectomia totale

UROLOGIA - APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfodecneomie per tumori maligni

UROLOGIA - RENE

- Nefroureterectomia radicale più trattamento tromboticavale (compresa surrenectomia)
- Surrenectomia
- Nefrectomia allargata per neoplasia con embolectomia

UROLOGIA - URETERE

- Mega uretere resezione con reimpianto
- Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di

UROLOGIA - VESCICA

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Estrofilia della vescica e derivazione
- Interventi per fistola vescico-rettale
- Riparazione di fistola vescicointestinale
- Riparazione di vescica estrofica con neovescica rettale

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALLEGATO 2

ELENCO GRAVI MALATTIE

CORONAROPATIA: malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie con innesto di by-pass o che richieda tecniche non chirurgiche quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.

ICTUS CEREBRALE: evento cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle ventiquattro ore e implicante morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionali accertati.

INFARTO DEL MIOCARDIO: morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito ad afflusso insufficiente di sangue nell'area di interesse.

MINISTERO DELL'INTERNO INGRESSO AREA RISERVATA E ACQUISTO PACCHETTI AGGIUNTIVI

Guida alla scelta dell'opzione e all'inserimento dei familiari nel nucleo, paganti e non.

0- modifica password di primo accesso



Fondo di Assistenza Sanitaria
Integrativa Postivita



 LOGIN

 CODICE FISCALE

 password

 LOGIN

[Ha dimenticato la password? RECUPERA LA PASSWORD](#)



 PASSWORD PRIMO
ACCESSO

 MODIFICA PASSWORD PER PRIMO ACCESSO

E il primo accesso è necessario modificare la password.







La password deve essere diversa dalle ultime 10 password utilizzate, essere lunga almeno otto caratteri di cui almeno una lettera minuscola, una maiuscola, un numero ed un carattere speciale (punto di domanda, virgola, ecc).

CAMBIA PASSWORD

1- inizializzare la procedura di completamento della copertura assicurativa

Postitalia FONDI/SALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postitalia

AREA ISCRITTO

Ciao,
Zygagoge Rjxcizf
Cjrhxtcg



LE MIE PRATICHE

Non sono presenti pratiche

RICHIESTA DI RIMBORSO

Richiedi un rimborso per una prestazione ricevuta

RICHIEDI

RICHIESTA DI PRESTAZIONE

Richiedi l'emissione di un'autorizzazione per eseguire la prestazione presso una struttura convenzionata

RICHIEDI

RICERCA CONVENZIONI

Trova le strutture convenzionate con possibilità di specificare diversi parametri per venire incontro alle tue esigenze

STRUTTURE

PRESTAZIONI

MEDICI

Provincia

Comune/Locality

Protezione

Nel raggio di:
Km 10 Km 30 Km 50

☐ Salvo CAE

PERSONALIZZA IL TUO PIANO SANITARIO

ACQUISTA UN PACCHETTO

VISUALIZZA PACCHETTI ACQUISTATI

Cliccare su questo pulsante per attivare la funzione

2- Questionario Demand&Needs



Poste Vita FONDO SALUTE
Fondo di Assistenza Sanitaria
Integrativa Postvita

< SCELTA PACCHETTO

Ciao,
Zivgocqge Rjxcilzt
Gjhxrtg

COMPILA IL QUESTIONARIO

Sono state illustrate le caratteristiche essenziali e le prestazioni fornite?

☐ SI ☐ NO

Con la stipula del contratto, è interessato a tutelare gli assicurandi in caso di MALATTIA/INFORTUNIO?

☐ SI ☐ NO

È consapevole delle esclusioni e/o limitazioni, le carenze, rivalse scoperti o franchigie previste nel contratto?

☐ SI ☐ NO

Con la stipula del contratto, è interessato a tutelare il PATRIMONIO degli assicurandi?

☐ SI ☐ NO

Cliccare su questo
pulsante per attivare il
controllo delle
domande e proseguire

2- Questionario Demand&Needs => KO

LE RISPOSTE FORNITE NON CONSENTO LA SOTTOSCRIZIONE DEL PIANO



Nel caso in cui le risposte al questionario non siano in linea con le finalità implicite della copertura non sarà possibile proseguire con l'estensione del piano ai familiari o a se stesso

3- selezione della tipologia di copertura



SELEZIONA IL PACCHETTO :

☒ DIPENDENTI
☐ QUIESCENTI

AVANTI

4- inserimento dei familiari a carico



Inserire i dati del familiare secondo le **specifiche indicate** e premere **CONFERMA**

Inserire un familiare alla volta
fino al completamento degli
individui da mettere in copertura!
Quindi premere **AVANTI**

5- Preventivo di spesa per il nucleo inserito

Completato l'inserimento è possibile verificare l'importo complessivo del contributo per nucleo

Nel caso premendo INDIETRO si può rivedere la composizione del nucleo



PREVENTIVO	
Pacchetto Selezionato	
ESTENSIONE PLATINUM • FAMILIARI	
Totale	2.954,84 €

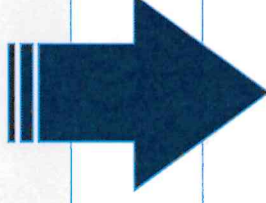
6- modalità di pagamento

Selezionare l'opzione
disponibile e premere
AVANTI

SELEZIONA IL TIPO DI PAGAMENTO

☐ BONIFICO UNICA SOLUZIONE

INDIETRO AVANTI



SELEZIONA IL TIPO DI PAGAMENTO

☒ BONIFICO UNICA SOLUZIONE

Tipo Rassegna: Annuale
Importo: 2.954,94 €
Scadenza pagamento: entro 2 giorni lavorativi
RISN: IT38076033000107657741 - POSTE VITA FONDO SALUTE
Causale: COPERTURA MINISTERO INTERNO - n. Piano Sanit. 90326 TITOLARE CUSN-UP78A28M02N - 1 foglio

INDIETRO AVANTI

Cliccare su questo
pulsante per
proseguire

7- Presa visione dei documenti precontrattuali (Dip, Dip agg) [mockup in attesa dei documenti].

Da realizzare una pagina dove allocare i link dei documenti di cui prendere visione con FLAG che se selezionato attiva il pulsante continua.

DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE
Per scaricare e prendere visione dei documenti cliccare sul link sottostante

[Link Dip](#)
[Link Dip agg.](#)

☐

Pulsante conferma presa visione
Attivazione pulsante continua

INDIETRO

AVANTI

8- riepilogo e conferma finale

Se la composizione è quella desiderata la procedura si completa con la doppia conferma

RIEPILOGO

PACCHETTO

ESTENSIONE PLATINUM - FAMILIARI

TIPO PAGAMENTO

Bonifico unica soluzione

IBAN

IT38V0760103200001070577141 - POSTE VITA FONDO SALUTE

CAUSALE

COPERTURA MINISTERO INTERNO - n. Piano Sanit. 90326 TITOLARE CKSNWF78A28M082K - 1 figli

FAMILIARI

GGG FFF (FIGLIO)

PREVENTIVO

2.954,84 €

RATEAZIONE

IMPORTO: 2.954,84 €

SCADENZA PAGAMENTO: ENTRO 2 GIORNI LAVORATIVI

INDIETRO

CONFERMA

Poste Vita FONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Previdenziale

Se sicuro di voler acquistare il pacchetto selezionato?

OK

ANNULLA

RIEPILOGO

PACCHETTO

ESTENSIONE PLATINUM - FAMILIARI

TIPO PAGAMENTO

Bonifico unica soluzione

IBAN

IT38V0760103200001070577141 - POSTE VITA FONDO SALUTE

CAUSALE

COPERTURA MINISTERO INTERNO - n. Piano Sanit. 90326 TITOLARE CKSNWF78A28M082K - 1 figli

FAMILIARI

GGG FFF (FIGLIO)

PREVENTIVO

2.954,84 €

RATEAZIONE

IMPORTO: 2.954,84 €

SCADENZA PAGAMENTO: ENTRO 2 GIORNI LAVORATIVI

INDIETRO

CONFERMA

RIEPILOGO	
PACCHETTO	
ESTENSIONE BASE AI QUIESCENTI	
TIPO PAGAMENTO	
Bonifico unica soluzione	
IBAN	
IT38V0760103200001070577141 - POSTE VITA FONDO SALUTE	
CAUSALE	
COPERTURA MINISTERO INTERNO - n. Piano Sanit. 90326 TITOLARE CGHHFL80E69H501E -	
PREVENTIVO	RATEAZIONE
242.34 €	IMPORTO 242.34 €
	SCADENZA PAGAMENTO: ENTRO 2 GIORNI LAVORATIVI
<i>Acquisto effettuato. Ricordati di stampare la pagina</i>	
TORNA ALLA HOME	STAMPA

