

FAQ

PIANO SANITARIO.

COS'È E COME FUNZIONA

1) Cos'è un Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa?

Si tratta di una forma di assistenza sanitaria, integrativa rispetto al Sistema Sanitario Nazionale, che permette ai dipendenti iscritti di poter fruire delle prestazioni previste dal proprio Piano Sanitario nel rispetto delle franchigie e dei massimali previsti dal Piano stesso.

2) Quale è il Fondo di assistenza sanitaria integrativa scelto da Poste Italiane? Con quale compagnia assicurativa è realizzato?

Il Fondo di assistenza sanitaria integrativa scelto da Poste Italiane si chiama PosteVitaFondosalute; si tratta di una Fondazione senza scopo di lucro istituita dal Gruppo Assicurativo Postevita. Il Fondo è 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.

3) Cosa offre il Fondo di assistenza sanitaria integrativa sanitario PosteVitaFondosalute?

Il Fondo copre le spese sanitarie più o meno frequenti, sostenute ad esempio per visite mediche specialistiche, prestazioni odontoiatriche, ricovero per interventi chirurgici e di pernottamento, etc.

Grazie a convenzioni con strutture sanitarie di primissimo livello, è possibile beneficiare delle migliori strutture pubbliche e private, dei migliori professionisti in campo medico e sostenere le cure necessarie in tempi rapidi. Il livello delle prestazioni e l'ammontare delle coperture è definito dal proprio Piano sanitario.

4) Quali sono i pacchetti previsti?

Il dipendente può scegliere tra due pacchetti:



- Base, gratuito per il dipendente e a totale carico dell'Azienda;
- Plus, che estende le garanzie di base del primo pacchetto, attraverso il versamento di una quota aggiuntiva a esclusivo carico del dipendente.

5) Cosa prevede il pacchetto Base? Ed il pacchetto Plus?

Il pacchetto "Base" prevede le seguenti prestazioni:

- Ricovero in Istituto di cura per i Grandi Interventi Chirurgici;
- Indennità sostitutiva giornaliera per i Grandi Interventi Chirurgici;
- Diagnostica di Alta Specializzazione;
- Visite specialistiche ambulatoriali;
- Mamma e Bambino;
- Prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica (solo rete convenzionata);
- Prestazioni odontoiatriche (solo rete convenzionata);

Il pacchetto "Plus" prevede le seguenti prestazioni, che si aggiungono a quelle previste dall'opzione "Base":

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

6) Quanto costano e qual è il contributo del Datore di Lavoro?

Il pacchetto "Base" per il dipendente costa € 150,00 annui ed è a completo carico dell'Azienda. Il dipendente può scegliere di incrementare le coperture sanitarie previste dal pacchetto "Base" aderendo al Piano Sanitario opzionale nella versione "Plus", versando un contributo annuo di € 123,00. Può, inoltre, estendere al nucleo familiare la garanzia scelta per sé stesso, versando € 225,00 annui se opta per la versione "Base", € 409,50 annui se sceglie la versione "Plus".

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.

7) Come vengono versati gli eventuali contributi a carico del dipendente?

Le quote contributive a carico del dipendente verranno versate dall'Azienda, che tratterà i relativi importi dalla retribuzione mensile.

8) Fino a che età opera la copertura sanitaria nei confronti del dipendente e del coniuge/convivente/unito civilmente?

La copertura vale per i Dipendenti di età massima non superiore a 70 anni, mentre per il coniuge/convivente/unito civilmente appartenente al nucleo familiare l'età massima non potrà essere superiore a 65 anni.



9) Al compimento dell'età massima prevista, cosa succede?

Gli assistiti potranno usufruire della copertura fino al 31 dicembre dell'anno in cui raggiungeranno l'età massima stabilita dal Piano; i figli fiscalmente a carico, secondo le vigenti disposizioni di legge, potranno fruire delle prestazioni del Piano sino al compimento del 26° anno di età.

10) In caso di decesso del dipendente che cosa accade se ha esteso le coperture del Piano anche ai suoi familiari?

In caso di morte del dipendente la copertura sanitaria verrà meno anche per il suo nucleo familiare, se assistito.

11) Qualora si esca dall'Azienda o si vada in pensione, è possibile continuare ad aderire al Piano? A quali condizioni?

Sì, è possibile. In caso di cessazione del rapporto di lavoro per le seguenti cause:

- pensionamento;
- risoluzione consensuale;
- accesso alle prestazioni straordinarie del Fondo di Solidarietà per i dipendenti del Gruppo Poste Italiane.

L'ex dipendente e il suo nucleo familiare manterranno il diritto alle coperture sanitarie previste dal pacchetto Base finché l'ex dipendente non compia 75 anni; se il coniuge o il convivente compiano 75 anni prima dell'ex dipendente, da quel momento decadranno dalle coperture assicurative.

12) Come avviene il versamento delle quote di contribuzione da parte di chi lascia l'Azienda?

La contribuzione annuale sarà versata direttamente dall'ex dipendente in un'unica soluzione. Il mancato versamento della contribuzione entro 30 giorni dalla data di scadenza determinerà l'automatica e definitiva cessazione dell'adesione. Per il solo 2018, il versamento della quota di contribuzione a carico dell'ex dipendente, sarà effettuato dall'Azienda in un'unica soluzione, con trattenuta dalle competenze di fine rapporto. Per gli anni successivi saranno fornite specifiche indicazioni da parte del Fondo.

13) Nel caso di sospensione del rapporto di lavoro o di assenze è possibile mantenere le coperture del Piano?

Sì. Nei casi di sospensione del rapporto di lavoro o di assenze (per esempio, aspettative o permessi, malattia, sospensioni dal lavoro, part time), il diritto alle prestazioni e l'obbligo del versamento della relativa contribuzione vengono mantenuti. In tali casi,



qualora la retribuzione non sia sufficiente a coprire l'importo del contributo a carico del dipendente, lo stesso sarà anticipato al Fondo dall'Azienda, con successivo recupero sulla prima retribuzione utile.

14) I contributi al Fondo sono deducibili dal reddito?

I contributi versati sono deducibili annualmente fino a un massimo di €3.615,20, compresi i contributi versati al Fondo per i componenti del nucleo familiare.

15) È possibile detrarre le spese sanitarie coperte dal Piano?

Sì, solo per la quota parte non rimborsata dal Fondo.

16) Quali servizi copre il Piano Sanitario e in quale misura?

Per l'individuazione delle prestazioni coperte dal Piano e dei relativi massimali e franchigie si rimanda alla Guida al Piano Sanitario per il personale non dirigente di Poste Italiane S.p.A. e delle società del Gruppo Poste Italiane, che possono aderirvi (Postel S.p.A., Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A., Poste Tutela S.p.A., Poste Mobile S.p.A., EGI S.p.A. e Bancoposta Fondi S.p.A. Sgr).

17) Ci sono delle condizioni di non assistibilità?

Condizioni di non assistibilità sono previste per le sole ipotesi di Rendita vitalizia per non autosufficienza (LTC). Per il relativo dettaglio, si rimanda a quanto previsto dal Piano Sanitario.

18) Se si dispone già di una copertura assicurativa sanitaria privata, come si integra con le coperture garantite dal Piano? È possibile cumularle?

Sì, salvo che il regolamento dell'altro Fondo cui si aderisce non ne preveda espressamente l'incompatibilità.

19) Quali sono le modalità per ottenere le coperture di rimborso spese mediche previste dal Piano?

Ci sono due modalità: forma diretta e forma indiretta. Quella diretta opera qualora si scelga di avvalersi di professionisti/strutture sanitarie appartenenti alla rete convenzionata. In tal caso, il Fondo copre direttamente il costo della prestazione sanitaria, con i massimali e le franchigie previste dal Piano Sanitario ed il dipendente non deve anticipare la spesa per la prestazione effettuata, ad eccezione per l'eventuale parte rimasta a suo carico.

Quella indiretta, invece, opera qualora ci si rivolga a professionisti/strutture di propria fiducia ma non appartenenti alla rete convenzionata. In tal caso, il dipendente anticiperà



interamente il costo della prestazione, chiedendone successivamente il rimborso nel rispetto dei limiti e delle franchigie previste.

20) Per ottenere il rimborso delle spese mediche afferenti prestazioni per visite specialistiche o per esami diagnostici è necessaria la prescrizione medica?

Si, è importante inviare al Fondo, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione richiesta.

21) Cosa si deve fare per ottenere il rimborso di prestazioni mediche/ticket?

All'interno dell'area riservata sarà possibile caricare le informazioni e le fatture di cui si richiede il rimborso e seguire lo stato di avanzamento della lavorazione da parte della Compagnia Poste Assicura. La modulistica è comunque reperibile nella propria Area Riservata, accessibile dal sito <http://www.postevitafondosalute.it>. Si rimanda alla Guida al Piano Sanitario per il personale non dirigente di Poste Italiane S.p.A. e delle società del Gruppo Poste Italiane per le istruzioni di dettaglio.

22) Entro quanto tempo dall'emissione del documento di spesa è possibile chiedere il rimborso?

Il documento di spesa deve essere trasmesso al Fondo entro 90 giorni dalla data indicata nel documento stesso.

Nel caso di più documenti relativi ad una stessa garanzia, dovrà essere considerata la data indicata nel documento di spesa più recente.

23) Dopo quanto tempo e come viene effettuato il rimborso?

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata ed entro 30 giorni dalla data di presentazione della corretta documentazione di spesa al Fondo. Il rimborso delle spese avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN comunicate dal dipendente in fase di adesione al Piano.

24) Quali sono le modalità per usufruire delle prestazioni Long Term Care, Critical Illness e Temporanea Caso Morte?

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;
- "Temporanea Caso Morte" (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 dalla propria area riservata, accessibile dal sito www.postevitafondosalute.it.

25) Per ottenere eventuale assistenza o chiarimenti per problematiche specifiche a chi ci si deve rivolgere?

Durante il periodo di adesione sarà disponibile un Servizio di assistenza per fornire informazioni sul Piano Sanitario e supportare i dipendenti nell'operatività dell'adesione.

Il servizio sarà raggiungibile chiamando il numero verde 800.000.160 dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 17:00.

All'interno della pagina di adesione sarà inoltre possibile richiedere il ricontatto da parte di un operatore per assistenza.

Dalla data di attivazione delle coperture sanitarie (primo giorno del mese successivo all'adesione del dipendente), l'assistenza al dipendente sarà fornita dal contact center del Fondo sanitario PosteVitaFondosalute, al numero verde 800.186.035, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00.

26) Posso fare reclamo, in caso di mancata/non corretta liquidazione delle richieste di rimborso per prestazioni sanitarie? A chi deve essere indirizzato il reclamo, quali sono gli altri casi di reclamo e qual è il suo iter?

Eventuali reclami devono essere inviati per posta all'indirizzo Poste Assicura S.p.A., Viale Beethoven, 11, 00144 – Roma, oppure via fax al n° 06.5492.4402, o anche via e-mail all'indirizzo reclami@poste-assicura.it

Qualora l'Assistito non si ritenga soddisfatto dell'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 Poste Assicura S.p.A..

27) Posso fare reclamo, in caso di mancata/non corretta liquidazione delle richieste di rimborso per le prestazioni afferenti il pacchetto "Plus" relativo alle garanzie LTC, Critical Illness, TCM (erogazione rendita, Capitali, ecc.)?

Per queste garanzie eventuali reclami vanno inviati per posta all'indirizzo Poste Vita S.p.A., 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 PosteVita S.p.A..

COME ADERIRE

1) Chi può aderire ?

Tutti i dipendenti di Poste Italiane S.p.A., Postel S.p.A., Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A., Poste Tutela S.p.A., Poste Mobile S.p.A., EGI S.p.A. e Bancoposta Fondi S.p.A. Sgr, con contratto a tempo indeterminato (i neoassunti che abbiano completato l'eventuale periodo di prova), compresi gli apprendisti.

2) L'adesione è obbligatoria?

L'adesione avviene esclusivamente su base volontaria. È il dipendente stesso che può decidere di aderire e di estendere, volontariamente, l'adesione ai componenti del suo nucleo familiare.

3) Si estende anche ai familiari? Fino a che grado/livello?

Il dipendente può far aderire al Piano anche i componenti del proprio nucleo familiare, versando una contribuzione aggiuntiva. Per nucleo familiare si intende:

- il coniuge o l'unito civilmente;
- il convivente more uxorio (coppie di fatto). Il/la convivente può aderire al Piano se, al momento dell'adesione, convive da almeno un anno con il/la dipendente;
- i figli fiscalmente a carico, secondo le vigenti disposizioni di legge, di uno dei due coniugi/conviventi/uniti civilmente e sino al compimento del 26° anno di età. Non è previsto alcun limite di età per i figli totalmente inabili, la cui condizione sia certificata da struttura pubblica.

L'attestazione del nucleo familiare avverrà mediante autocertificazione attraverso la compilazione dello specifico form on - line di adesione.

Se il dipendente sceglie di estendere le coperture al nucleo familiare, l'adesione al Piano deve essere obbligatoriamente effettuata per tutti i componenti del nucleo stesso.

4) Per chi è già dipendente di Poste Italiane Spa e delle società del Gruppo Poste Italiane, fino a quando è possibile aderire?

In fase di avvio del Piano, il dipendente potrà aderire, ed eventualmente estendere l'adesione al proprio nucleo familiare, a partire dal 1° marzo 2018 e fino al 30 aprile 2018. Superata la fase di avvio, ogni anno il dipendente potrà l'aderire ed eventualmente estendere le coperture al proprio nucleo familiare, accedendo, tramite il link ricevuto, alla piattaforma dedicata compilando e validando il form on-line di adesione. Tale modulo



dovrà essere stampato, firmato e consegnato al Focal Point o alla struttura di Risorse Umane di riferimento (per le Aziende del Gruppo) entro il 1° dicembre. In questo caso la copertura decorrerà dal 1° gennaio dell'anno successivo la data in cui è stata presentata la richiesta.

Nel caso in cui la domanda sia presentata dopo il 1° dicembre, la copertura decorrerà dal 1° gennaio del secondo anno successivo la data di presentazione della richiesta.

5) Come si aderisce?

Attraverso specifiche comunicazioni, il dipendente riceverà – oltre a maggiori informazioni sul Piano Sanitario – anche la user id ed il link di accesso per avviare l'adesione. Nella pagina di adesione, inserendo la user id in suo possesso, il dipendente riceverà le indicazioni per creare la sua password personale che dovrà essere inserita nello spazio dedicato. Digitata correttamente la password, sarà possibile compilare il form on-line di adesione per sé e per l'eventuale nucleo familiare. Per completare l'adesione, sarà necessario validare e stampare il form on-line compilato, firmarlo e consegnarlo al proprio Focal Point o struttura di Risorse Umane di riferimento (per le Aziende del Gruppo).

6) L'adesione è subito attiva ?

Il dipendente risulterà attivo ed in copertura dal primo giorno del mese successivo a quello in cui si è conclusa l'adesione al Piano.

7) Cosa accade se non vengono consegnati i documenti firmati al Focal Point aziendale o alla struttura di Risorse Umane di riferimento?

Il Focal Point o struttura di Risorse Umane di riferimento (per le Aziende del Gruppo) solleciterà la richiesta dei moduli non ricevuti e per i quali risulta una richiesta di adesione o di variazione. Nel caso in cui non sia consegnato il modulo correttamente compilato entro 15 giorni, l'Azienda informerà il Fondo della necessità di cancellare l'adesione/variazione.

8) Per chi termina il periodo di prova successivamente la data di entrata in vigore del Piano Sanitario, o per i nuovi assunti, fino a quando è possibile aderire?

I dipendenti che alla data di decorrenza dell'adesione della Società al Fondo (01/03/2018), stanno svolgendo il periodo di prova, potranno aderire entro e non oltre i 3 mesi successivi al termine dello stesso; i dipendenti assunti dopo la data di decorrenza dell'adesione della Società al Fondo potranno aderire entro e non oltre 3 mesi dal termine dell'eventuale periodo di prova previsto dal contratto di assunzione, oppure entro e non oltre tre mesi dalla data di assunzione se il periodo di prova non è previsto. Al momento dell'assunzione, ai dipendenti verrà consegnata una specifica modulistica informativa e comunicate le modalità con cui poter accedere, con le tempistiche sopra



descritte, alla piattaforma dedicata (le stesse usate dai dipendenti in servizio al momento dell'avvio del Fondo) ed iniziare il processo di adesione.

9) È possibile passare dal pacchetto “Base” al pacchetto “Plus” o viceversa?

Sì, ma con dei limiti. Se il dipendente ha scelto il pacchetto “Base” potrà successivamente scegliere di integrarlo passando al pacchetto “Plus”. Potrà anche tornare al pacchetto “Base” dal pacchetto “Plus”, ma non potrà più opzionare nuovamente il pacchetto “Plus”. La scelta di variazione del pacchetto operata dal dipendente riguarderà necessariamente anche i componenti del nucleo familiare, se assistiti.

10) Si può optare per pacchetti diversi per il dipendente e il proprio nucleo?

No. Se il dipendente ha scelto l'opzione “Base”, il suo nucleo familiare usufruirà dell'opzione “Base”. Viceversa, se il dipendente ha scelto l'opzione “Plus”, il suo nucleo familiare usufruirà dell'opzione “Plus”.

11) Quando è possibile comunicare la richiesta di variazione del pacchetto?

La richiesta di variazione del pacchetto a cui aderire, dovrà avvenire attraverso la propria Area Riservata presente sul sito internet del Fondo, utilizzando l'apposito form on-line di cambio Piano Sanitario. Tale modulo, dovrà essere compilato, validato on line, stampato, debitamente firmato e consegnato al proprio Focal Point o struttura di Risorse Umane di riferimento (per le Aziende del Gruppo), entro e non oltre il mese di novembre di ciascun anno. La variazione avrà efficacia a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello della richiesta (es. per le richieste inoltrate entro il mese di novembre 2018, la decorrenza della variazione è prevista per il 1° gennaio 2019).

12) Cosa accade se la richiesta di variazione del pacchetto viene comunicata oltre il mese di novembre?

Le richieste di variazione pervenute al Fondo dopo il mese di novembre avranno efficacia a decorrere dal 1° gennaio del secondo anno successivo a quello della richiesta (es. per le richieste inoltrate nel mese di dicembre 2018, la decorrenza della variazione è prevista per il 1° gennaio 2020).

13) Per i dipendenti che hanno esteso le coperture sanitarie al nucleo familiare entro quanto è possibile includere nelle stesse un nuovo componente?

L'estensione delle coperture sanitarie ad un nuovo componente del nucleo familiare, potrà essere richiesta dal dipendente entro 2 mesi dall'evento che ha dato origine alla suddetta variazione; le coperture del Piano sanitario decorreranno dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stato compilato e validato il relativo form on-line; il modulo stampato e firmato dovrà essere consegnato al proprio Focal Point o Struttura di



Risorse Umane di riferimento (per le Aziende del Gruppo) entro 15 giorni dalla suindicata validazione del form on-line. Decorsi 2 mesi dall'evento, l'estensione delle prestazioni al componente sopravvenuto del nucleo familiare potrà avvenire entro il 1° dicembre con decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo la data in cui è stata effettuata la richiesta. Nel caso in cui la domanda sia presentata dopo il 1° dicembre, la copertura decorrerà dal 1° gennaio del secondo anno successivo la data in cui è stata presentata la richiesta.

14) Come si comunica una variazione anagrafica del dipendente e del nucleo familiare?

È possibile effettuare in ogni momento una variazione anagrafica del dipendente e del nucleo familiare (es., cambio di residenza). A tal fine è necessario accedere alla propria Area Riservata, accessibile dal sito www.postevitafondosalute.it e compilare il relativo form-on line. In tale caso non è necessario procedere alla stampa, alla sottoscrizione e alla consegna del modulo all'Azienda.

15) I dipendenti che hanno esteso le coperture al nucleo familiare entro quanto devono comunicare l'uscita di un componente dal nucleo stesso?

L'uscita di un componente dal nucleo familiare (ad es., per divorzio, decesso, ecc ...) deve essere comunicata entro la fine del mese in cui l'evento si è verificato attraverso la compilazione del relativo form on-line. Tale modulo dovrà essere validato, stampato e consegnato al proprio Focal Point o Struttura di Risorse Umane di riferimento (per le Aziende del Gruppo), entro 15 giorni dalla suindicata validazione del form on-line.

16) Cosa si deve fare per recedere e da quando decorre la cessazione della copertura assicurativa?

Il dipendente deve stampare, compilare, firmare l'apposito modulo presente nella propria Area Riservata e consegnarlo al proprio Focal Point o struttura di Risorse Umane di riferimento (per le Aziende del Gruppo).

Il dipendente può recedere in qualunque momento. Il recesso, se comunicato entro il giorno 15 del mese, attraverso la consegna del modulo come sopra delineato, avrà effetto dal primo giorno del mese successivo, in caso contrario, avrà effetto dal primo giorno del secondo mese successivo alla comunicazione stessa. Il recesso del dipendente al Fondo comporterà automaticamente la perdita delle coperture sanitarie per il suo nucleo familiare, se assistito. Il dipendente può anche chiedere che il suo nucleo familiare venga escluso dalle coperture, mantenendole invece per sé.

17) In caso di ripensamento dopo il recesso, ci si può iscrivere nuovamente?

No, l'uscita dal Fondo non prevede la possibilità di rientrare. Se il dipendente ha chiesto il recesso per il solo nucleo familiare, una successiva richiesta di assistenza potrà riguardare esclusivamente i componenti "sopravvenuti" (per es. per nascita di un figlio).



18) Qualora si esca dall’Azienda o si vada in pensione, la prosecuzione dell’adesione è automatica?

No, dovrà essere espressamente dichiarata dal dipendente all’atto della risoluzione del rapporto di lavoro, con l’impegno a versare, a proprie spese, le quote annue definite dal Fondo per la categoria “pensionati”. A tal fine, il dipendente che vorrà continuare a beneficiare delle coperture assicurative dovrà accedere nella propria Area Riservata del sito internet del Fondo, stampare, compilare e firmare l’apposito modulo e consegnarlo al Punto Amministrativo di riferimento

