

FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

(Fondo Sanitario per i dipendenti di Poste)

Con lo scopo di integrare le prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale al fine di migliorare il welfare aziendale, in coincidenza con la firma del nuovo CCNL, OO. SS. e Poste Spa hanno concordato di aderire ad un fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa aperto a tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato a cui si applica il CCNL stesso, ivi compresi gli apprendisti.

L'adesione al Fondo Sanitario Integrativo avviene su base volontaria.

Prestazioni

Il Fondo eroga il rimborso delle spese mediche sostenute in caso di:

- Ricoveri ospedalieri;
- Prestazioni extra ospedaliere;
- Prestazioni odontoiatriche;
- Prestazioni in caso di non autosufficienza (LTC).

Le coperture opereranno, anche per i lavoratori assunti successivamente all'avvio dell'operatività del Fondo, a partire dal primo giorno del mese successivo all'adesione del dipendente.

Destinatari e contribuzione

Potranno beneficiare delle prestazioni tutti i lavoratori che abbiano manifestato la volontà di aderire al Fondo, con contratto a tempo indeterminato (superato il periodo di prova), compresi gli apprendisti.

Il Piano prevede un pacchetto "BASE" a carico dell'Azienda.

Il lavoratore iscritto al Fondo potrà:

- richiedere, a proprio carico, l'adesione al pacchetto "PLUS";
- estendere, sempre a proprio carico, la medesima garanzia scelta per se anche al proprio nucleo familiare.

Per nucleo familiare si intende:

- il coniuge,
- il convivente more uxorio (coppia di fatto) da almeno un anno dall'inizio della copertura sanitaria,
- i figli (di uno dei due coniugi/conviventi), fiscalmente a carico secondo le vigenti disposizioni di legge, sino al compimento del 26° anno di età ove non totalmente inabili.

Ammontare annuo del contributo al "Fondo"

Il contributo aziendale consente di fruire delle prestazioni previste dal piano "BASE".

Interamente a proprio carico il dipendente può tuttavia:

- incrementare le coperture sanitarie aderendo alla versione "PLUS" il cui importo è pari a 123 euro annui;

- estendere al nucleo familiare la medesima garanzia per se scelta versando:
225.00 euro annui per versione “BASE”; 409 euro annui se opta per versione “PLUS” del Piano.

Modalità versamento contributo e assenze dal lavoro

L’Azienda si impegna a versare al Fondo il contributo annuo dovuto (dipendente iscritto più, eventualmente, nucleo familiare se inserito nel programma di assistenza).

Nei casi di sospensione del rapporto di lavoro o di assenze (es. aspettativa, permessi, malattia, part time ex verticale o ex misto, ecc.), sono mantenuti il diritto alle prestazioni e l’obbligo del versamento della contribuzione. In questa ipotesi oltre alla propria quota l’Azienda anticiperà quella del dipendente, provvedendo al recupero, in un’unica soluzione, con le prime competenze utili.

Decorrenza dell’iscrizione al Fondo

Nella fase di avvio del Fondo l’adesione potrà avvenire dal 1/1/2018 (il modulo di adesione sarà allegato alla busta paga di gennaio) e fino al 31/3/2018. Successivamente le iscrizioni potranno essere effettuate dal 1 gennaio dell’anno successivo con preavviso di almeno 30 giorni. Per i dipendenti assunti successivamente alla data di decorrenza dell’adesione al Fondo, l’iscrizione potrà avvenire entro 3 mesi dal termine dell’eventuale periodo di prova. In caso di variazione del nucleo familiare il dipendente potrà optare per l’estensione delle prestazioni entro e non oltre 2 mesi dall’evento.

Cessazione del rapporto di lavoro

In caso di cessazione per:

- quiescenza;
- risoluzione consensuale;
- accesso alle prestazioni del Fondo di Solidarietà;

il dipendente ed il suo nucleo familiare, se iscritti al Fondo, potranno mantenere, con versamento a proprio carico maggiorato del 30% e previa dichiarazione di proseguimento, il diritto alle coperture del piano “BASE” fino a 75 anni.

Durata del Piano Sanitario

La durata del Piano è fissata al 31/12/2018 data di scadenza del CCNL. OO.SS. e Azienda si incontreranno tre mesi prima del sopracitato termine del Piano Sanitario per definire condizioni tali da assicurare la prosecuzione dell’assistenza fino al successivo rinnovo.