



# NORMATIVO

delle coperture  
**LONG TERM CARE**  
per collettività

dei Soci Aggregati al

**Fondo V.I.S.**  
Vita In Salute

## **COPERTURA 2020**

---

Associazione V.I.S. VITA IN SALUTE – Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa  
Sede Legale: Via della Panetteria, 15 - 00187 Roma - Sede Operativa: Via Archimede, 59 - 00197 Roma – Codice Fiscale: 97620060588  
E-mail: [info@vitainsalute.eu](mailto:info@vitainsalute.eu) - Internet: [www.vitainsalute.eu](http://www.vitainsalute.eu)

## Premessa

Questo Normativo si pone l'obiettivo di fornire agli Assistiti iscritti uno strumento per una chiara ed agevole interpretazione delle prestazioni previste dalla copertura Long Term Care.

Le prestazioni, integralmente offerte dal Fondo V.I.S. Vita In Salute, sono coperte e garantite attraverso polizza di assicurazione stipulata da V.I.S. con primarie compagnie operanti sul mercato italiano.

I servizi di supporto sono erogati da primaria società di servizi specializzata nella gestione di coperture sanitarie. Le modalità di accesso ai servizi e la relativa modulistica sono allegati al presente Normativo e disponibili sul sito: [www.vitainsalute.eu](http://www.vitainsalute.eu).

Per illustrare le coperture vengono fornite le seguenti informazioni:

- **Definizioni** pag. 3
- **Estratto delle prestazioni sanitarie coperte** pag. 4
- **Norme che regolano la copertura** pag. 5

L'intento è quello di semplificare la comprensione dei contenuti delle prestazioni offerte, tuttavia tale descrizione mantiene comunque un valore indicativo e non impegna il Fondo. In caso di dubbie interpretazioni, farà testo la polizza assicurativa stipulata da V.I.S..

## Definizioni

**ASSISTITO:** le persone per le quali viene prestata la copertura.

**DIFFERIMENTO:** l'intervallo di tempo che intercorre tra la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza e la data in cui matura il diritto a percepire la prestazione coperta.

**FRANCHIGIA – SCOPERTO:** parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa (franchigia) o in percentuale (scoperto) sull'ammontare del danno, che rimane a carico dell'Assistito.

**INDENNIZZO:** l'importo erogato dal Fondo in forma di rendita in caso di *sinistro*.

**INFORTUNIO:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Sono considerati *infortuni* anche:

- ◆ l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- ◆ l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- ◆ l'asfissia non dipendente da malattia;
- ◆ le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di animali.

**MALATTIA:** ogni alterazione obiettivamente riscontrabile dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**RENDITA:** importo predeterminato pagabile periodicamente al verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

**SINISTRO:** il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

## Estratto delle prestazioni coperte

Il Fondo garantisce gli Assistiti contro il rischio della perdita di autosufficienza. E' considerata non autosufficiente la persona che:

- ◆ si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana:
  1. Lavarsi
  2. Vestirsi, svestirsi
  3. Nutrirsi
  4. Andare in bagno
  5. Mobilità
  6. Spostarsi
- ◆ è affetta da morbo di Alzheimer o simili demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, e giustifica l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 4 delle 6 azioni consuete della vita quotidiana.

### Garanzie coperte

Dal momento in cui l'Assistito venisse a trovarsi nello stato di non autosufficienza, il Fondo erogherà la rendita prevista dalla copertura mediante una copertura Vita, annualmente rivalutata, corrisposta in caso di sopravvivenza dell'Assistito.

La rendita è indicata nella specifica tabella dei contributi.

La rendita è corrisposta al termine del differimento di 90 giorni, in rate mensili per il periodo indicato nella copertura (vitalizia o con durata fissa 5 anni).

Per l'intera durata contrattuale il rendimento annuo attribuito alla copertura ad ogni ricorrenza anniversaria è pari all'85,00% del rendimento certificato del Fondo.

Nel calcolo della prestazione iniziale viene riconosciuto un rendimento finanziario, anticipato e garantito dal Fondo, pari al 2,00% (tasso di interesse tecnico).

La percentuale annua di rivalutazione si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico del 2,00% (ovvero dividendo per 1,02) la differenza fra il rendimento annuo attribuito e il suddetto tasso tecnico; nel caso in cui tale differenza sia negativa tale percentuale viene considerata pari a 0, di conseguenza la prestazione non può mai diminuire.

La rendita rivalutata si determina sommando alla rendita coperta alla ricorrenza anniversaria precedente il prodotto della rendita stessa per la percentuale annua di rivalutazione.

### Opzioni e relativi contributi

La copertura è disponibile in due opzioni:

- quinquennale (la rendita viene erogata per 5 anni);
- "vita intera" (la rendita viene erogata fino alla sopravvivenza del beneficiario).

Il Socio Aggregato deve selezionare la stessa opzione per tutti i propri beneficiari.

I contributi sono differenziati per le due opzioni e per fasce di età e sono indicati nella tabella allegata al Normativo.

Nella stessa tabella viene indicata la rendita mensile corrispondente ai contributi, uguale per le due opzioni.

## Norme che regolano la copertura

### **Persone coperte dal Fondo**

Il Socio Aggregato si impegna a coprire la totalità dei dipendenti appartenenti a ciascuna categoria; eventuali inadempienze comporteranno la proporzionale riduzione degli indennizzi.

Il Socio Aggregato può scegliere di attivare l'estensione della copertura alla totalità dei nuclei familiari dei dipendenti coperti; per nucleo familiare si intende il coniuge o convivente more uxorio e i figli conviventi come risultanti dal certificato "Stato di famiglia".

### **Durata e rinnovo della copertura**

La durata della copertura è annuale non tacitamente rinnovabile. Pertanto decorso un anno dal momento di decorrenza della presente copertura, la stessa cessa automaticamente i propri effetti senza necessità di ulteriori comunicazioni tra le Parti.

Il Fondo si riserva la facoltà di concedere la proroga della copertura per un altro anno, previa revisione del contributo previsto e così di seguito per le annualità successive.

### **Decorrenza della copertura – Pagamento del contributo**

La copertura ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel presente Normativo se il contributo o la rata di contributo sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

In caso di sinistro, il contributo relativo alla persona divenuta non autosufficiente non è più dovuto.

La copertura opera per i casi di non autosufficienza che si verificano dopo i periodi sotto indicati:

- a** dal giorno di effetto la copertura (o del successivo ingresso in copertura) nel caso di non autosufficienza conseguente ad infortunio;
- b** dopo 3 anni dall'effetto della copertura (o del successivo ingresso in copertura) nel caso di non autosufficienza conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica;
- c** dopo 90 giorni dall'effetto della copertura (o dal successivo ingresso in copertura) nel caso di non autosufficienza conseguente a cause diverse da quelle specificate nei precedenti punti a) e b).

I casi di non autosufficienza verificatisi durante i periodi sopra indicati, liberano il Fondo dagli obblighi contrattuali e causano la rescissione della copertura nei confronti del singolo assistito con rimborso dei contributi.

Qualora la copertura sia emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra copertura in essere con lo stesso Fondo, per gli stessi Assistiti i termini di cui sopra operano per le maggiori somme garantite dalla presente copertura.

### **Variatione delle persone coperte**

Per gli inserimenti in corso della validità della copertura, la copertura ha effetto dalle ore 24 del giorno della comunicazione al Fondo, con mezzo avente data certa, dei dati anagrafici della persona da comprendere tra gli Assistiti (ovvero dalla eventuale data successiva indicata nella comunicazione), qualora il relativo contributo sia stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Il contributo viene incassato sulla base dell'età e del sesso di ciascun Assistito con le seguenti modalità:

- 100% del contributo annuo per gli ingressi avvenuti nel primo semestre di copertura;
- 60% del contributo annuo per gli ingressi avvenuti nel secondo semestre di copertura.

Il Socio Aggregato si impegna, con le stesse modalità previste per gli inserimenti, a comunicare anche i dati anagrafici delle persone nei confronti delle quali si interrompe la copertura.

Per coloro che interrompono il rapporto di lavoro con il Socio Aggregato per quiescenza (e per i relativi familiari, se assicurati) la garanzia è operante fino alla scadenza dell'annualità in corso.

Per i dipendenti che risolvono il rapporto di lavoro per altre cause (e per i relativi familiari, se coperti) la garanzia cessa con effetto immediato. Il Fondo non è tenuto al rimborso della parte di contributo pagato per il periodo di copertura non goduto.

### **Limite di età - Persone non coperte**

La copertura vale per le persone di età non superiore a 65 anni; le persone che raggiungono tale età in corso della copertura sono coperte fino alla scadenza dell'annualità in corso.

Non possono essere coperte le persone che al momento dell'adesione alla copertura non siano autosufficienti.

L'eventuale incasso del contributo, dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste, non costituisce deroga; il contributo medesimo verrà quindi restituito.

### **Esclusioni**

Sono esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

- ◆ atti dolosi compiuti o tentati dell'Assistito;
- ◆ atti di temerarietà non compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ◆ trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati), e accelerazioni di particelle atomiche;
- ◆ guerre ed insurrezioni;
- ◆ abuso di alcolici, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- ◆ incidente di volo, se l'Assistito viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ◆ patologie psichiatriche, sindromi nevrotiche e caratteriali.

### **Come avviene il riconoscimento dello stato di non autosufficienza**

**A** L'Assistito o chi per esso deve:

- ◆ dare avviso scritto nel più breve tempo possibile;
- ◆ produrre tutta la documentazione medica in suo possesso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;

- ◆ sottoporsi anche in fase di ricovero, ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dal Fondo o da suoi incaricati;
- ◆ fornire allo stesso ogni informazione;
- ◆ fornire delega scritta al Fondo al fine di poter verificare l'esistenza in vita dell'Assistito;
- ◆ fornire certificato del medico curante o medico ospedaliero che documenti lo stato di non autosufficienza dell'Assistito, precisando la data di inizio e la causa che lo ha determinato;
- ◆ in caso di perdita delle capacità cognitive, fornire gli esiti di un accertamento diagnostico preciso comprendente l'esito di un test di valutazione delle funzioni cognitive come il test M.M.S. di Folstein.

Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste sono a carico dell'Assistito.

**B** Il Fondo, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, provvede a formalizzare il riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Entro tale periodo il Fondo si riserva il diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con propri medici fiduciari, i cui costi saranno a suo totale carico.

#### **Condizioni di pagamento della rendita – Rivedibilità' dello stato di non autosufficienza**

Il riconoscimento da parte del Fondo dello stato di non autosufficienza - come indicato al punto B - dà diritto all'Assistito a percepire la rendita coperta per il periodo previsto dalla copertura o comunque fino a quando perdura lo stato di non autosufficienza.

Il pagamento della rendita inizia al termine del differimento di 90 giorni a partire dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Il Fondo si riserva la facoltà di procedere in ogni momento ad un controllo dello stato di salute dell'Assistito e di farlo esaminare da un medico. Può inoltre richiedere tutti i documenti che sono considerati necessari a comprovare il suo effettivo stato di salute.

In caso di rifiuto dell'Assistito a sottoporsi ai controlli necessari o di fornire la documentazione richiesta, il pagamento della rendita sarà sospeso.

Se l'Assistito non corrisponde più ai criteri per il riconoscimento della prestazione, l'erogazione della rendita viene sospesa dal momento in cui è stata recuperata l'autosufficienza, per riprendere il giorno in cui la non autosufficienza viene nuovamente riconosciuta.