

NORMATIVO

delle coperture
LONG TERM CARE
per collettività

dei Soci Aggregati al

Fondo V.I.S.
Vita In Salute

COPERTURA 2021

Associazione V.I.S. VITA IN SALUTE – Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa
Sede Legale e Operativa: Corso Indipendenza, 6, 20129 Milano - Fax +39 02 87181106
Codice Fiscale: 97620060588 - E-mail: info@vitainsalute.eu - Internet: www.vitainsalute.eu

Premessa

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

Le prestazioni offerte dall'Associazione V.I.S. Vita In Salute – Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa (di seguito VIS o Fondo), sono integralmente coperte e garantite attraverso polizza di assicurazione stipulata da VIS con primarie compagnie operanti sul mercato italiano.

Le modalità di accesso ai servizi e la relativa modulistica sono allegati al presente Normativo e disponibili sul sito: www.vitainsalute.eu.

Per illustrare le coperture vengono fornite le seguenti informazioni:

- **Definizioni** pag. 3
- **Estratto delle prestazioni 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 VIS.

La garanzia LTC viene offerta sia in abbinamento ad uno dei piani sanitari offerta dal Fondo o come copertura indipendente per specifiche collettività. Le condizioni di questo Normativo valgono per entrambi i casi a meno che diversamente specificato.

Quando LTC è integrata in un piano sanitario, la garanzia è prestata a favore del solo Amministratore/Dipendente/Collaboratore anche quando il piano sanitario è esteso al nucleo familiare, a meno che sia espressamente specificato diversamente.

Definizioni

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

CARENZA: il periodo durante il quale le garanzie non sono efficaci

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

Definizione dello stato di non autosufficienza

È considerato in Stato di Non Autosufficienza l'Assistito che, a causa di una malattia, di infortunio o per perdita delle forze, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 4 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dal presente normativo.

Nel caso delle attività della vita quotidiana, tale livello è determinato sommando il numero di attività per le quali l'assistito necessita di assistenza da parte di un'altra persona.

Viene altresì riconosciuto in Stato di Non Autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 4 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana, l'Assistito che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti di origine organica).

La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);
- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

L'Assistito verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive, se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
- dalle risposte date dall'Assistito a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive; la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche;
- la capacità intellettuale dell'Assistito è tale per cui, lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'Assistito stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

In ogni caso, la prestazione è erogata sia nei casi in cui la perdita dell'autosufficienza dia luogo al ricovero ospedaliero, che in quelli in cui non è previsto il ricovero.

Per attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living - ADL) si intendono:

1. Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radarsi, pettinarsi, lavarsi i denti);
2. Vestirsi, svestirsi: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'assistito, per la parte superiore o inferiore del corpo;
3. Nutrirsi: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
4. Andare in bagno: la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;

5. Mobilità: la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
6. Spostarsi: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici.

Garanzie coperte

Dal momento in cui l'Assistito venisse a trovarsi nello stato di non autosufficienza, il Fondo erogherà la rendita prevista dalla copertura.

La rendita è indicata nella specifica tabella dei contributi.

La rendita vitalizia è corrisposta al termine del differimento di 90 giorni, in rate mensili.

Norme che regolano la copertura

Persone coperte dal Fondo

Il Socio Aggregato si impegna a coprire la totalità dei dipendenti appartenenti a ciascuna categoria.

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 00 del giorno indicato nel presente Normativo se il contributo o la rata di contributo sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno di pagamento.

Carenza

Il periodo di Carenza - cioè il periodo durante il quale le garanzie del presente normativo non sono efficaci - dipende dalla causa della Non Autosufficienza:

Causa	Carenza
Infortunio	Nessuna
Malattia	30 giorni

Tra le malattie sono incluse quelle nervose o mentali dovute a causa organica, per esempio il Morbo di Parkinson o il Morbo di Alzheimer. In caso di Malattia, per avere diritto alla rendita, la Non Autosufficienza deve quindi manifestarsi per la prima volta dopo i primi 30 giorni dall'inizio della copertura per l'Assistito.

Variazione delle persone assistite

Gli inserimenti in corso della validità della copertura hanno effetto dalle ore 00 del giorno di assunzione del singolo Assistito (sempre che sia stato comunicato al Fondo entro 15 giorni da tale data), con comunicazione via e mail o altro mezzo avente data certa dei dati anagrafici della persona da comprendere tra gli Assistiti.

Per i nuovi Assistiti per i quali l'LTC è integrata in un piano sanitario gli inserimenti avvengono secondo le regole del piano sanitario stesso; nel caso di coperture LTC indipendenti se l'inserimento avviene rispettivamente nel corso del primo semestre dell'annualità contrattuale il contributo è pari al 100% dell'annualità, se nel corso del secondo semestre è pari al 60%.

Il Fondo provvederà alla richiesta dei contributi applicabili a valle della comunicazione da parte del Socio Aggregato delle anagrafiche dei nuovi beneficiari.

In caso di cessazione l'Azienda Associata, deve comunicare la data di uscita dalla copertura del beneficiario, e la cessazione della copertura avverrà dalle ore 24 della data stessa; in ogni caso nessun rimborso è previsto da parte del Fondo per eventuali periodi di non godimento della garanzia LTC.

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 la garanzia è operante fino alla scadenza dell'annualità in corso.

Limite di età

La copertura assistenziale è operante per Assistiti con età compresa tra 18 anni e 70 anni alla decorrenza della copertura stessa.

La copertura assistenziale non è rinnovabile per gli assistiti che, alla data del rinnovo, abbiano superato il settantesimo anno di età.

Condizioni per l'accesso alla copertura

Ai fini dell'operatività della copertura del presente normativo, gli associati garantiti non devono rientrare in una delle seguenti condizioni:

- avere bisogno dell'aiuto di un terzo, al momento dell'inizio della copertura, per almeno uno dei sei degli atti ordinari della vita quotidiana di cui al presente normativo;
- aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%;
- essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e parkinsonismi, da altre demenze senili, dalla sclerosi multipla, dalla sclerosi laterale amiotrofica (malattia dei motoneuroni), da ictus con postumi invalidanti, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie.

Le persone appartenenti alle categorie protette (ai sensi delle Leggi 482/68 e 68/99) possono accedere alle garanzie del presente normativo. A tale specifico riguardo, si rappresenta che la garanzia non opera qualora lo stato di Non Autosufficienza sia conseguenza diretta, ovvero un aggravamento, del precedente stato di invalidità che ha costituito il titolo dell'assunzione ai sensi delle Leggi sopra citate (i.e., categorie protette).

Esclusioni

Il rischio di Non Autosufficienza è coperto dalla presente garanzia qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ferme le Condizioni del presente normativo e ad eccezione dei seguenti casi derivanti direttamente e/o indirettamente da:

- dolo del Contraente o dell'Assistito;
- tentato suicidio e autolesionismo dell'Assistito;
- partecipazione attiva dell'Assistito a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assistito a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- oltre a ciò non sono coperti dalla presente copertura assistenziale, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i sinistri derivanti da atti di guerra avvenuti al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso;
- partecipazione attiva dell'Assistito a insurrezioni, tumulti popolari, operazioni militari, ribellioni, rivoluzioni, colpi di Stato sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente;
- malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assistito di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- 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; la garanzia tuttavia è operante nel caso di viaggi compiuti dall'Assistito in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assistito non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assistito, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza della Copertura Assistenziale e già diagnosticati in tale data all'Assistito;
- problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica;
- di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, motonautici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, pugilato, nonché dalla partecipazione a corse e incontri sportivi (e relative prove ed allenamenti) comunque relativi a qualsiasi sport svolto a livello professionale;
- fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei;
- abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva.

Fase d'istruttoria e riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza

Il Fondo tramite i propri medici fiduciari accerta lo stato di Non Autosufficienza dell'Assistito entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia.

Al fine del riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza, così come previsto dal presente Normativo "Definizione dello Stato di Non Autosufficienza", il Fondo per il tramite dei suoi medici fiduciari si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione.

Tempistiche di gestione:

1. entro 2 mesi dal ricevimento della denuncia da parte dell'Assistito ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, corredata dagli specifici questionari indicati dai medici fiduciari del Fondo e della relativa documentazione medica, il Fondo, ove necessario, richiede ulteriore documentazione medica (ovvero la documentazione mancante);
2. entro 2 mesi dal ricevimento della documentazione aggiuntiva, il Fondo, ove lo ritenga necessario, si impegna a comunicare all'Assistito la propria disponibilità a far eseguire la visita domiciliare dal proprio fiduciario;
3. in ogni caso, entro 2 mesi dal ricevimento dei questionari e della documentazione medica esaustiva, ovvero dalla data di effettuazione della visita, nel caso in cui questa sia stata richiesta dal Fondo, il Fondo si impegna a dare riscontro all'Assistito comunicando: il riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza (anche definita Long Term Care, di seguito "LTC"); o in alternativa il mancato riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza (LTC).

Nel caso all'Assistito fosse riconosciuta l'LTC e siano trascorsi almeno 90 giorni dal momento della denuncia, questi avrà diritto alle prestazioni indicate nel presente Normativo, con effetto dal momento della denuncia del sinistro, ovvero dal momento in cui si potrà determinare con certezza che l'Assistito si trovava in Stato di Non Autosufficienza sulla base della documentazione prodotta.

Nel caso in cui l'Assistito deceda entro 90 giorni a partire dalla data di denuncia, non sarà erogata alcuna prestazione da parte del Fondo, mentre qualora il decesso avvenga successivamente ai 90 giorni ma prima dell'accertamento dello Stato di Non autosufficienza, il Fondo erogherà comunque la prestazione in rendita fino alla data di decesso dell'Assistito.

Nei casi in cui all'Assistito non sia riconosciuta la Non Autosufficienza, il Fondo comunicherà l'esito dell'istruttoria specificandone i motivi ed indicando la rivedibilità.

Nei casi in cui all'Assistito non sia riconosciuta la Non Autosufficienza, il Fondo si rende disponibile a riesaminare il caso dopo tre mesi nelle modalità indicate nel presente normativo.

In ogni caso, entro 2 mesi dalle richieste di cui ai precedenti punti 1 e 2 del presente articolo, qualora non sia stato fornito alcun riscontro da parte dell'Assistito, il Fondo si impegna ad inviare all'Assistito stesso una comunicazione con la quale ripropone la propria richiesta.

Trascorso un mese da detta comunicazione, qualora anche questa sia rimasta senza riscontro, il Fondo provvederà a chiudere il sinistro senza seguito; rimanendo in ogni caso la possibilità per l'Assistito di riaprire il sinistro integrando la richiesta del Fondo sempre nel rispetto dei termini prescrizionali e/o di decadenza previsti dal Contratto e/o dalla normativa pro tempore vigente.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato, sempreché il periodo di copertura non sia scaduto da oltre quattro mesi, dal Fondo quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione; oppure

- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assistito intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Condizioni di pagamento della rendita

Il riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza da parte del Fondo secondo le condizioni del normativo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assistito che si trovi in Stato di Non Autosufficienza, a richiedere la corresponsione di una rendita mensile posticipata (il cui ammontare è specificato nel Certificato di Copertura), pagata tramite bonifico bancario. È "posticipata" perché viene erogata a partire da un mese dopo la data di denuncia o la data in cui è possibile determinare lo stato di Non Autosufficienza.

Rivedibilità 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.

Collegio medico arbitrale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sullo stato e grado di Non Autosufficienza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma delle Condizioni di Assistenza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio dei Medici ha sede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assistito.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo, per metà, delle spese e competenze del terzo medico. Tuttavia, qualora l'accertamento definitivo sancisca l'indennizzabilità dell'Assistito ai fini del presente normativo, il Fondo assumerà in proprio anche le spese sostenute dall'altra Parte. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dello stato di Non Autosufficienza ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, fatti salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del collegio arbitrale sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.