

FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO

Copertura assicurativa contro il rischio di non autosufficienza

CONVENZIONE N. 5500086 (01/01/2022-31/12/2022) (*)
stipulata con UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A.

CARATTERISTICHE TECNICHE

TIPOLOGIA DI COPERTURA ASSICURATIVA

Assicurazione monoannuale per il caso di Non Autosufficienza di rendita vitalizia per collettività (LTC-FSI) regolata dalle Condizioni di Assicurazione della tariffa LTC-FSI alle quali si fa rinvio per tutto quanto non previsto o disciplinato dalla Convenzione.

In caso di conflitto tra le clausole della Convenzione e le Condizioni di Assicurazione prevalgono le clausole della Convenzione.

A CHI È RIVOLTA?

La copertura opera esclusivamente in applicazione di un'apposita Convenzione che il FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO (di seguito CONTRAENTE o FONDO SANITARIO) ha stipulato per tutti

- i coniugi in assenza di separazione legale
- gli uniti civilmente in assenza di scioglimento del vincolo
- i coniugi di fatto

resi fruitori delle prestazioni dagli iscritti al FONDO SANITARIO che abbiano in corso una copertura assicurativa Long Term Care (LTC) prevista dai contratti collettivi nazionali di lavoro del settore del credito sulla base del verbale di accordo del 22/12/2008 tra ABI e le parti sociali, ciascuno dei quali verrà inserito nella collettiva, in veste di Assicurato, mediante una propria posizione individuale.

DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La durata dell'assicurazione è annuale (c.d. assicurazione monoannuale), con decorrenza dalle ore 00

- dell'01/01/2022 per coloro che sono già fruitori delle prestazioni del FONDO SANITARIO diverse dalla presente, oppure
- della data di effetto del diritto dell'iscritto ad usufruire delle prestazioni del FONDO SANITARIO per i nuovi iscritti al FONDO SANITARIO stesso.

In ogni caso la posizione individuale scade alle ore 00 dell'01/01/2023 e si rinnoverà in caso di prosecuzione della Convenzione.

Alla scadenza della Convenzione le rendite in corso di erogazione restano in vigore alle condizioni previste.

MODALITA' DI ADESIONE

L'assunzione del rischio viene effettuata senza alcuna documentazione di carattere sanitario; alla data di decorrenza della posizione individuale devono comunque essere rispettate le condizioni di seguito riportate.

È escluso dalla garanzia lo stato di Non Autosufficienza qualora alla data di decorrenza della posizione individuale l'assicurato si trovi in una o più delle seguenti condizioni:

- avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere una o più delle seguenti attività elementari della vita quotidiana: mobilità, farsi il bagno, vestirsi e svestirsi, bere e mangiare, igiene del corpo, continenza;
- aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità o inabilità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 20%, o aver diritto, percepire o avere fatto richiesta per l'indennità di accompagnamento;
- essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, da altre demenze senili, dalla sclerosi multipla, dalla sclerosi laterale amiotrofica o 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.

Nel caso si verifichi lo stato di Non Autosufficienza dell'assicurato in presenza di una o più delle sopracitate condizioni alla data di decorrenza della posizione individuale, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

(*) in mancanza di disdetta, la Convenzione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno. L'eventuale disdetta della Convenzione deve essere comunicata da una parte all'altra a mezzo raccomandata A/R o PEC almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto.

PRESTAZIONI

In caso di insorgenza dello Stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato come sotto definito e purché riconosciuto dalla Società prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce all'Assicurato stesso il pagamento in rate mensili della rendita annua assicurata di 14.400,00€. La rendita assicurata viene pagata finché l'Assicurato è in vita (sono dovute quelle che scadono prima della data di decesso dell'Assicurato) e purché permanga lo stato di Non Autosufficienza.

Il diritto alla prestazione di rendita decorre dal 1° giorno del mese che segue di almeno 30 giorni la data di denuncia (data di decorrenza della rendita). La scadenza di pagamento delle rate di rendita è stabilita ad ogni ricorrenza mensile della data di decorrenza della rendita. Unitamente alla prima rata di rendita, la Società corrisponde le rate mensili di rendita arretrate.

Pena la sospensione della corresponsione della rendita, alla ricorrenza annuale della data di decorrenza della rendita deve essere fornito un documento valido comprovante l'esistenza in vita dell'Assicurato.

Definizione dello stato di non Autosufficienza

Lo stato di Non Autosufficienza è determinato dall'incapacità, accertata ai sensi dell'art. 7 delle Condizioni di Assicurazione e presumibilmente permanente, di svolgere parte delle seguenti attività elementari della vita quotidiana:

- farsi il bagno;
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità;
- continenza;
- bere e mangiare.

Per ognuna delle attività suddette viene constatato il grado di autonomia dell'Assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di valutazione funzionale riportato nella seguente tabella. Lo stato di Non Autosufficienza viene riconosciuto quando la somma dei punteggi è almeno pari a 40.

Farsi il bagno		
1° grado	L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa di farsi il bagno.	Punteggio 10
Vestirsi e svestirsi		
1° grado	L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo.	Punteggio 10
Igiene del corpo		
1° grado	L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare al bagno; (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi; (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	Punteggio 10
Mobilità		
1° grado	L'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi.	Punteggio 10

Continenza		
1° grado	L'Assicurato è completamente continente.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia.	Punteggio 10
Bere e mangiare		
1° grado	L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: <ul style="list-style-type: none"> • sminuzzare/tagliare il cibo; • sbucciare la frutta; • aprire un contenitore o una scatola; • versare bevande nel bicchiere. 	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	Punteggio 10

CARENZA

La garanzia per lo stato di Non Autosufficienza dovuto ad una causa diversa dall'Infortunio, è soggetta ad un periodo di carenza determinato in funzione della data di decorrenza e del momento nel quale il FONDO SANITARIO ha comunicato alla Società la richiesta di ingresso in copertura degli assicurandi:

- per gli assicurandi inseriti in copertura con decorrenza 01/01/2022 e per i quali l'ingresso in copertura sia stato richiesto entro il 30/04/2022, la carenza decorre dall'01/01/2022 e termina trascorsi 90 giorni da tale data;
- per gli assicurandi inseriti in copertura con decorrenza 01/01/2022 e per i quali l'ingresso in copertura sia stato richiesto entro il 30/06/2022, la carenza decorre dall'01/01/2022 e termina alla data di comunicazione di inserimento in copertura;
- per gli assicurandi inseriti in copertura con decorrenza in date successive all'01/01/2022, la carenza decorre dalla data di decorrenza e termina trascorsi 90 giorni da tale data.

Per lo stato di Non Autosufficienza dovuto ad HIV o AIDS e patologie collegate il periodo di carenza è esteso a 7 anni.

ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia lo stato di Non Autosufficienza derivante direttamente o indirettamente da:

- dolo del CONTRAENTE o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- contaminazioni chimiche e/o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.) che determinino un'effettiva ed obiettivamente accertabile incapacità a svolgere le attività elementari della vita quotidiana;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- pratica di sport pericolosi (ad esempio: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere);
- incidente di volo, se l'Assicurato 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.

Se lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato deriva da una di tali cause escluse dalla garanzia, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ ASSICURATI

Qualora lo stesso evento accidentale determini lo stato di Non Autosufficienza di più Assicurati, la garanzia è limitata alla corresponsione di un importo massimo complessivo di rendita annua pari a quindici volte la rendita annua media assicurata pro-capite dell'assicurazione collettiva.

L'ammontare di rendita annua spettante a ciascuno dei suddetti Assicurati si determina suddividendo l'importo massimo complessivo di rendita annua in proporzione alle rispettive rendite annue assicurate.

BENEFICIO DELL'ASSICURAZIONE

Il beneficio delle prestazioni assicurate è attribuito agli Assicurati.

FISCALITÀ

Le somme percepite dal Beneficiario in caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti della vita quotidiana, anche se erogate in forma di rendita, sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche.

DENUNCIA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

La denuncia dello Stato di Non Autosufficienza deve essere effettuata seguendo le istruzioni e modalità previste sul sito internet del FONDO SANITARIO alla Sezione Long Term Care.

RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

L'Assicurato riconosciuto in stato di Non Autosufficienza è obbligato a sottoporsi - su richiesta della Società e non più di una volta ogni tre anni - alle visite e agli esami medici necessari per accertare il permanere di tale stato.

Qualora non sussista più lo stato di Non Autosufficienza, la Società comunica al CONTRAENTE e al Beneficiario la cessazione della corresponsione della rendita, a decorrere dalla prima rata mensile successiva alla data della comunicazione stessa.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono contenute nelle Condizioni di Assicurazione e nella Convenzione, entrambi reperibili sul sito internet intranet del FONDO SANITARIO alla Sezione Long Term Care.